



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



IV Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Orientador: Professor Doutor Raúl Cordeiro
Relatório de Estágio

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SENTIDA E SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DE UMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS

Cláudia Diogo

Abril
2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

IV Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Orientador: Professor Doutor Raúl Cordeiro

Relatório de Estágio

Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial
para idosos

Cláudia Diogo

Abril
2016

*Dedico este trabalho à minha família, que sempre me apoiou e me
incentivou. Sem ela nada disto seria possível.
A todos os idosos que preenchem os meus dias de trabalho, a minha vida, e
que todos os dias lutam por mais um dia de “vida”.*

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Raúl Cordeiro, meu orientador, pela ajuda, motivação durante a elaboração deste relatório de estágio.

Aos idosos, participantes neste estudo, sem os quais não seria possível este trabalho.

Aos meus colegas de profissão, com quem partilhei alguns momentos de dúvidas.

À minha família pelo apoio, dedicação, carinho e que pacientemente prescindiu de muitas horas da minha disponibilidade.

A todos, o meu mais sincero OBRIGADA.

RESUMO

O aumento da esperança média de vida leva a que muitos idosos vivem para além dos 85 anos e conseqüentemente precisam cada vez mais de respostas sociais adequadas às suas necessidades, numa época em que as famílias se desresponsabilizam gradualmente dos cuidados aos seniores.

As respostas sociais mais conhecidas no nosso país são os lares de idosos, ou seja, as estruturas residenciais para idosos e estas têm vindo a assumir um papel cada vez mais relevante na nossa sociedade.

Este estudo procurou avaliar a qualidade sentida e a satisfação dos clientes residentes de uma estrutura residencial para idosos.

Para que esta pesquisa fosse o mais fidedigna possível foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas aos residentes do Centro Social da Nossa Senhora das Necessidades em Alcária no Concelho do Fundão durante os meses de dezembro de 2015 e fevereiro de 2016.

A análise dos resultados deste estudo permitiu perceber a perceção que os idosos residentes nos lares têm sobre os serviços e cuidados prestados e que vai influenciar a sua satisfação e qualidade de vida.

Com este estudo procuramos ajudar as Direções e Corpos Gerentes das Instituições a melhor avaliarem e valorizarem o tipo de serviços e cuidados que disponibilizam e a atenção às necessidades sentidas pelos residentes, nomeadamente no que respeita à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-Chaves – Estrutura Residencial para Idosos,
Idosos,
Qualidade dos Serviços,
Qualidade de Vida,
Satisfação**

ABSTRACT

Increased life expectancy means that many older people live beyond 85 years and therefore increasingly need appropriate social responses to their needs, at a time when families are gradually DISCLAIM of care for seniors. The best known social responses in our country are the nursing homes, or residential structures for the elderly and they have come to assume an increasingly important role in our society.

This study sought to assess the felt quality and satisfaction of customers resident of a residential structure for the elderly. For this research was the most reliable possible were conducted 12 semi-structured interviews with residents of the Social Center of Our Lady of Needs Alcaria in Fundão County during the months of December 2015 and February 2016.

The results of this study allowed us to understand the perception that the elderly living in nursing homes have about the services and care and that will influence their satisfaction and quality of life. With this study we seek to help the Directions and Managing Bodies of the best institutions to assess and enhance the types of services and care available and meeting the needs felt by residents, particularly with regard to improving the quality of life for seniors.

Key Words: Residential structure for Elderly
Elderly
Quality of Services
Quality of Life
Satisfaction

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1 – O ENVELHECIMENTO E A FAMÍLIA.....	14
1.1.1 – Definição de Idoso.....	14
1.1.2 – O Processo de Envelhecimento.....	15
1.1.3 – A família e o Idoso.....	17
1.2 – ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS.....	19
1.2.1 – Definição.....	20
1.2.2 – A institucionalização.....	21
1.3 – A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	24
1.3.1 – A qualidade nas Estruturas Residenciais para Idosos.....	25
1.3.2 – A qualidade de vida dos utentes residentes.....	26
1.3.3 – A satisfação.....	29
2- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	32
2.1 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO.....	33
3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS.....	35
4 – METODOLOGIA.....	36
4.1 – TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 – INSTRUMENTO COLHEITA DADOS.....	38
4.3 – PLANO DE ANÁLISE DE DADOS.....	40
4.4 – RECURSOS.....	44
5- CRONOGRAMA.....	45

6- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	46
6.1 – CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	46
6.2 – VIVÊNCIAS PASSADAS.....	52
6.3 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO-.....	53
6.4 - PERCEÇÃO RELATIVA À INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	54
6.5 - PERCEÇÃO RELATIVA ÀS ATIVIDADES DA INSTITUIÇÃO.....	57
6.6 - PERCEÇÃO RELATIVA AOS SERVIÇOS PRESTADOS.....	61
6.7 - PERCEÇÃO RELATIVA AOS FUNCIONÁRIOS.....	64
6.8 - PERCEÇÃO RELATIVA À SATISFAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO.....	67
6.9 - PERCEÇÃO RELATIVA À SEGURANÇA.....	68
6.10 - PERCEÇÃO RELATIVA AOS RELACIONAMENTOS.....	69
6.11 - PERCEÇÃO RELATIVA À PRIVACIDADE.....	71
6.12 - PERCEÇÃO RELATIVA À AUTONOMIA.....	73
6.13 - PERCEÇÃO RELATIVA À DIGNIDADE.....	76
6.14 - PERCEÇÃO RELATIVA À INDIVIDUALIDADE.....	78
6.15 - PERCEÇÃO RELATIVA À QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR.....	80
7- PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DAS INTERVENÇÕES EFETUADAS/PLANEDAS.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS	

INDICE DE QUADROS

QUADRO I – Grelha de análise dos domínios, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas dos Idosos Residentes numa Estrutura Residencial para Idosos.....	43
--	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos participantes por faixa etária.....	46
Gráfico 2- Distribuição dos participantes por género.....	47
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por naturalidade.....	47
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por estado civil.....	48
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por número de filhos.....	48
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por habilitações literárias.....	49
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes pelas profissões anteriormente desempenhadas.....	49
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes pelos motivos de integrar o Lar.....	50
Gráfico 9 - Distribuição dos participantes pela sua origem antes de integrarem o Lar...	51
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes pelo tempo de residência no Lar.....	51

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio na área de especialização de Gestão em Unidades de Saúde, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem, foi realizado o presente relatório que tem como tema a avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos. O estágio realizou-se entre novembro de 2015 e maio de 2016 no Centro Social da Nossa Senhora das Necessidades em Alcária.

São inequívocos os dados reveladores de que a população mundial está a envelhecer. No entanto, este processo não se desenrola em todos os países do mundo da mesma forma, atingindo valores percentuais mais dramáticos nos chamados países desenvolvidos. Efetivamente em Portugal, a situação não é muito diferente daquela que se verifica nos restantes países desenvolvidos, e embora o envelhecimento populacional tenha acontecido mais tardiamente, a sua evolução foi mais rápida. Sabemos igualmente que, ao mesmo tempo que este envelhecimento populacional ocorria, a sociedade ia sofrendo outras transformações não menos preocupantes, sobretudo para a faixa etária sobre a qual me debrucei e que é a dos idosos. A entrada das mulheres no mercado de trabalho, as migrações para locais capazes de oferecer melhores condições de emprego, as alterações a nível das dinâmicas familiares, entre outros, são fatores que tiveram como consequência uma diminuição do apoio a esta faixa etária da nossa população. Convém, também, ter em consideração que a própria importância do idoso se alterou a nível social: se, anteriormente, era visto como um repositório do saber, hoje em dia, é encarado mais como um estorvo, como uma pessoa ultrapassada e que já cumpriu a sua função. É ainda de sinalizar que muitas vezes os governos não providenciam a adoção de medidas para fazer face a esta realidade, até porque a linha de ação visa, na maior parte dos casos, remediar os problemas dos idosos, em vez de existir uma política de deteção precoce de resolução dos mesmos. Efetivamente, será também em consequência deste facto, que nos apercebemos de que os apoios sociais disponíveis para os idosos são poucos, e por vezes, de qualidade duvidosa, como é o caso de alguns lares de terceira idade. De qualquer forma, estas instituições precisam pugnar pela prestação de serviços de qualidade aos idosos com vista à promoção do seu equilíbrio e bem-estar físico, psíquico e social. (Almeida, 2008)

A escolha desta temática justifica-se, assim, por considerar que as Instituições que prestam cuidados aos idosos são importantes organizações na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. A qualidade é tão mais relevante se se considerar que o idoso precisa cada vez mais de cuidados, que revela muitas vezes um nível acentuado de dependência, o que acarreta dificuldades à família, e por isso a

Institucionalização surge como uma opção (Pinho, 2005 citado por Pereira, 2013). Num estudo levado a cabo por Pinho (2005) citado por Pereira (2013) considerou-se que o envelhecimento origina uma necessidade acrescida de cuidados de saúde, fator que faz com que as famílias peçam ajuda a técnicos e profissionais da área. Existe um conceito generalizado para as respostas sociais, mas cada uma reveste-se de um cariz particular que visa dar resposta à necessidade crescente da sociedade, mas, e apesar de nos últimos anos ter crescido o número de redes de serviços de apoio a idosos, estas ficam aquém das necessidades da população (Pereira, 2013). Neste estudo verificou-se ainda que a Instituição representa um espaço de estabilidade e segurança, tanto para os idosos institucionalizados como para os não institucionalizados, devido à garantia de apoio que os serviços prestados conferem quando a família já não tem capacidade de resposta. Foram ainda analisadas as trocas e as interações entre o idoso e a sua rede relacional, constatando-se que a institucionalização do idoso não é determinante na sua autorrepresentação ou a sua situação familiar (Pereira, 2013).

Atualmente, existe uma elevada conscientização sobre a qualidade no geral em particular na saúde. A qualidade em saúde tem sido uma das maiores preocupações dos governos, existindo, no entanto, um longo caminho a percorrer (Veloso, 2012).

Para Hesbeen (2001) a perceção da qualidade relaciona-se com os mecanismos que regem a condição humana e, por isso é extremamente variável e evolutiva. Isto porque segundo o autor, o conceito de qualidade não é estável, mas sim complexo e com múltiplas interpretações, mantendo assim, algumas definições distintas.

A qualidade dos serviços de saúde deve ser uma das principais preocupações do sistema de gestão, pois o conceito de qualidade aplica-se, de forma transversal, a todos os procedimentos, desde o ato de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos, auxiliares), e à qualidade dos equipamentos e sua performance. (Fernandes, 2012)

A satisfação dos utentes é um indicador fundamental na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois influencia os gestores e os profissionais de saúde, nas decisões estratégicas e operacionais. A qualidade dos serviços de saúde deve ser uma das principais preocupações do sistema de gestão, devido à crescente preocupação da população com a qualidade dos serviços que lhes são prestados. O utente, quando se dirige a uma instituição de saúde, pública ou privada, valoriza o modo como é atendido, se é respeitado, a forma como lhe é transmitida a informação, as atitudes dos profissionais de saúde, as condições das instalações, entre outras. (Fernandes, 2012)

Ponderar sobre esta realidade conduziu-se ao objetivo geral de: avaliar a qualidade sentida e satisfação dos clientes residentes de uma estrutura residencial para idosos.

Assim sendo, este estudo encontra-se dividido em seis partes principais:

Parte I - Enquadramento conceptual, constituído por três capítulos que, de alguma forma, dão suporte teórico ao estudo efetuado. O primeiro capítulo aborda os aspetos do envelhecimento e a família. No segundo capítulo são igualmente objeto de enfoque os aspetos relacionados com os conceitos sobre as estruturas residenciais para idosos e a institucionalização. Por último são abordadas as questões relativas à qualidade e satisfação dos clientes residentes em estruturas residenciais para idosos.

Parte II - É realizada a caracterização do local de estágio e da população-alvo.

Parte III – São definidos os objetivos e estratégias do estudo.

Parte IV - Enquadramento metodológico, onde são abordados os aspetos referentes ao enquadramento metodológico, englobando: material e métodos, tipo de estudo, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de tratamento e análise dos dados e recursos necessários para o estudo.

Parte V – É apresentado o Cronograma.

Parte VI - Apresentação e análise dos dados.

Parte VII – Avaliação e Controle das intervenções efetuadas/planeadas.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 – O ENVELHECIMENTO E A FAMÍLIA

O envelhecimento é um trajeto pessoal na vida de qualquer ser humano, “um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao Homem” (Purificação Fernandes, 2000: 21). É visto como um processo gradual, caracterizado por enormes variações, redução das suas capacidades do plano físico e dos sentidos ocorridos em ritmos diferentes, sendo um fenómeno natural na evolução humana e apresenta características, próprias resultantes da interação de fenómenos biológicos, psicológicos e sociais. O aumento da população idosa é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos, à escala global, pelo que não se trata de um fenómeno recente, mas que tem vindo a acentuar-se ao longo dos últimos anos no contexto do progresso mundial, sobretudo devido aos avanços no domínio da higiene, da nutrição e da medicina. (Andrade, 2009) A abordagem realizada procederá a uma interligação do envelhecimento com a família e sua importância como rede de suporte social. A família tem um papel fundamental na vida do idoso, ocupando assim um lugar privilegiado no contexto da sociedade. A família constitui um núcleo próprio, que quando confrontado com novas exigências pode tornar-se instável. (Andrade, 2009)

1.1.1 – Definição de Idoso

A definição de idoso envolve inúmeros fatores tais como os biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais e individuais, sendo necessário estabelecer um padrão para que se possam realizar estudos e políticas públicas. Percebe-se que entre as diversas teorias ainda não há um consenso em como se definir quando um sujeito é um idoso. Contudo de acordo com a OMS (2002) define-se idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos, como é o caso em Portugal. Mas é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. (Queiroz, 2010)

Uma das primeiras investigadoras a preocupar-se com esta questão foi Neugarten (1975, 1979) citado por Rocha (2007), tendo estabelecido duas categorias de velhice: os “jovens-idosos” (“*young-old*”), dos 55 aos 75 anos, e os “idosos-idosos” (“*old-old*”), dos 75 anos em diante. Outros autores distinguem, quatro espécies de

idosos: velhos jovens (60-69 anos), velhos de mais idade (70-79 anos), velhos-velhos (80-89 anos) e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos). Enquanto que o Gabinete de Recenseamento Americano adota um modelo de agrupamento semelhante ao atrás referido em que os idosos são distribuídos por três grupos; o dos 65 até aos 74 anos; o dos 75 aos 84 anos e o grupo dos de 85 e mais anos. (Rocha, 2007)

Independentemente da tipologia adotada, qualquer classificação da velhice operada apenas com base na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento. A idade cronológica não deverá ser o único fator a ter e conta no envelhecimento. Ser idoso é um conceito relativo e é baseado na forma de sentir, física, mental e social. (Rocha, 2007)

1.1.2 – O Processo de Envelhecimento

Um dos acontecimentos mais importantes atualmente é o processo de envelhecimento da sociedade a nível mundial. É um fenómeno que afeta de diferentes formas praticamente todos os países. O processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento humano e é algo individual. Toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura.

Envelhecer, é desde o nascimento, um processo biológico, progressivo, universal, irreversível, contínuo e natural que se caracteriza pela diminuição das funções celulares e da capacidade funcional, e é vivido de forma variável consoante o contexto social de cada ser humano. Para entender o envelhecimento é necessário compreender de forma abrangente os aspetos individuais e coletivos desde os fatores genéticos, biológicos, físicos, aos aspetos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais e sobretudo a pessoa. (Rocha, 2007)

O Envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças de infância e da idade adulta. Mas envelhecer não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico atualmente conhecido. (Berger, 1995)

Segundo Berger (1995:125) “a senescência é um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo.” É um fenómeno natural, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento e não sinónimo de senilidade. (Berger, 1995)

O envelhecimento humano apresenta a última fase de um processo dinâmico de desenvolvimento que tem início na conceção e prossegue ao longo da vida do indivíduo.

Poder-se-á dizer que, nascer é começar a envelhecer, observando-se uma evolução mais rápida ou, pelo menos, mais notória nas últimas fases da vida resultante da distribuição dos tecidos ou sistemas orgânicos que leva a uma evolução biológica e psicológica responsável pela quebra de poder de sobrevivência e adaptação do indivíduo. Torna-se evidente que o envelhecimento não é uma doença, mas uma acumulação gradual de perdas funcionais irreversíveis, que o idoso vai sofrendo ao longo da vida. (Rocha, 2007)

Tal como nos refere Berger (1995) existe divisão entre o envelhecimento primário, que seria o normal e sem doenças; o secundário, que se refere a um envelhecimento relacionado com a doença e o terciário, relativo a um período, mais ou menos, próximo de morte, em que havia uma deterioração de aspetos geralmente considerados como não variando com a idade, para níveis anteriores de desempenho.

Em geral o envelhecimento é um período associado a muitas perdas. Inicialmente notam-se as perdas físicas, que têm início desde os 30-35 anos e se acentuam por volta dos 60-65 anos; há uma diminuição da funcionalidade do corpo, da força, da resistência, flexibilidade, agilidade e velocidade. Essas perdas da capacidade funcional levam a uma dificuldade na realização das Atividades da Vida Diária.

As Atividades da Vida Diária são atividades do dia-a-dia, e são divididas em três tipos: Atividades Básicas da Vida Diária tais como comer, beber, tomar banho e vestir/despir que são atividades de autocuidado; Atividades Intermediárias da Vida Diária, como preparar alimentos, arrumar a casa, fazer compras, lavar e passar as roupas, que são as atividades de autocuidado e manutenção da independência; e as Atividades Avançadas da Vida Diária, que são mais complexas como as sociais (emprego, *hobbies*), religiosas e físicas (atividades recreativas); são funções necessárias para se viver sozinho.

Também existem as perdas sociais como as perdas de papéis relacionados com o trabalho, perda económica que leva a um afastamento social; as perdas afetivas referentes à separação, luto, impotência sexual e menopausa; e as perdas psicológicas, que são relacionadas à identidade, à autoimagem e ao aparecimento de novas patologias (Mincato & Freitas, 2007 citado por Queiroz, 2010).

A ignorância sobre o processo de envelhecimento é muitas vezes refletida através dos estereótipos sociais sobre o idoso, originando grande perturbação pelo facto de negarem o seu processo de crescimento e impedirem o reconhecimento das suas próprias capacidades. É fundamental e inevitável que se melhore a qualidade de vida do ser humano no processo de envelhecimento, é necessário que a própria sociedade

modifique o seu olhar sobre o idoso (Purificação Fernandes, 2000 citado por Rocha, 2007). O idoso não é apenas um indivíduo que eventualmente pode manifestar ausência de afetos ou simultaneamente “acumular” de histórias da vida, mas é também um investimento afetivo, em disponibilidade, em saber, em apoio, em suporte e incentivo às gerações mais novas e vindouras. (Rocha, 2007)

1.1.3 – A família e o Idoso

Hoje é comum ouvir-se dizer que vivemos numa sociedade em mudança, neste contexto e no que respeita à família, esta nunca esteve nem está separada da sociedade, quer no particular quer no seu conjunto, pois as pessoas estão cada vez mais condicionadas pelos locais de trabalho. As crianças e o idoso crescem e vivem em espaços coletivos que lhes são impostos, com poucas ligações ao ambiente familiar. (Cabral, 1994 citado por Andrade, 2009)

A família é considerada “uma instituição social que regula grande parte das relações entre as pessoas e destas pessoas com o resto do mundo”, sendo considerada necessária e insubstituível (Luísa Silva, 2001: 22-23 citado por Andrade, 2009).

Nas sociedades tradicionais, baseadas fundamentalmente nas unidades de produção familiar, os mais velhos não se reformavam, tinham a função de cuidar das quintas e trabalhavam até à morte. O idoso vivia na sua casa com os seus filhos, netos, cunhados e outros familiares, constituindo uma família tradicional extensa. Mas as estruturas das famílias foram sofrendo alterações, e atualmente a família organiza-se à volta de valores como o individualismo e autonomia, valorizando-se a realização pessoal dos seus membros e o respeito pela privacidade. As sociedades encontram-se em constantes mutações apresentando características diversas, nomeadamente alterações demográficas, familiares, sociais e económicas, face aos progressos tecnológicos e à intensificação de concorrência internacional. Com a mudança de valores, o idoso passou a ser considerado um encargo e um incómodo para a família que tem de lidar permanentemente com ele e com as suas características. (Andrade, 2009)

O processo de crescimento da população idosa vem trazendo novas responsabilidades para as famílias. Com os patriarcas e matriarcas envelhecendo, e, além disso, vivendo mais do que em gerações anteriores, as famílias precisam de se adaptar para conviver com o idoso. Os idosos possuem muitas alterações, entre elas, as relacionadas à saúde, as sociais e as afetivas. Muitas vezes, para não serem institucionalizados, os idosos precisam de deixar as suas casas para residirem com os

seus filhos e nem sempre essas mudanças ocorrem sem conflitos para eles. Além disso, tais mudanças podem gerar uma sobrecarga para as famílias. (Queiroz, 2010)

Gardini (2000) citado por Queiroz (2010), acredita que a família é o lugar privilegiado para prestar o cuidado aos idosos e é ela que deve proteger o idoso. Segundo este mesmo autor a família, é por um lado, o lugar privilegiado para oferecer cuidados aos idosos e por outro lado, é ao mesmo tempo, o espaço do cuidador informal. Contudo muitas vezes o seu trabalho é angustiante, nada confortável e muitas vezes doloroso, pois ele lida com insatisfações, queixas, frustrações, limitações, perdas e com o isolamento do idoso.

Hoje, com a sobrecarga física, emocional e socioeconômica de ser cuidador (quando a situação de dependência do idoso aumenta) torna-se muito difícil para a família realizar esse papel, muitas não possuem condições para suportar os elevados custos provenientes dessa dependência. Torna-se impossível cuidar dos idosos quando vivem afastados das suas famílias ou por não possuem uma relação de afeto entre ambos, as famílias que não conseguem/não querem, dar o apoio necessário ao seu idoso, recorrem a redes de suporte formais que fornecem os cuidados imprescindíveis à sua situação de dependência. (Andrade, 2009)

Como o cuidador trabalha de forma precária e extenuante ele sofre uma sobrecarga, que pode gerar stress. O stress do cuidador pode ser de dois tipos: objetivo, com perturbações na vida familiar ou, subjetivo, sobrecarga emocional, desamparo, perda de papéis. O stress do cuidador pode se dar por dois motivos, pelo grau de dependência do idoso ou pela visão que o cuidador tem desses acontecimentos. (Queiroz, 2010)

A família continua a constituir a base da sociedade e o grande suporte no apoio ao envelhecimento e aos diferentes tipos de dependência em Portugal, os quais atravessam todos os níveis etários. O sentimento de obrigação pessoal/familiar e a solidariedade familiar/conjugal estão subjacentes à determinação dos cuidadores familiares ou informais, em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever. Cada vez mais se deve tomar consciência dessa realidade, reconhecer-lhe a sua dignidade, e encarar este trabalho invisível e maioritariamente voluntário, como um contributo inestimável com vista a uma sociedade melhor, mais solidária e mais feliz. (Andrade, 2009)

Com as famílias a decrescer em dimensão e em estabilidade, com cada vez mais mulheres a desenvolver atividade profissional fora de casa, com as casas cada vez mais pequenas e mais distantes, quer do local de trabalho, quer do local de residências dos

familiares mais velhos, e com um número crescente de pessoas mais velhas vivendo sós, torna-se indispensável equacionar a organização e a prestação de cuidados a um grupo etário que necessariamente vai ter de defrontar situações de dependência acrescidas, com necessidade de mais apoios, tanto apoio pessoal como apoio em saúde. (Andrade, 2009)

Quando a situação de dependência se agrava, e a sobrecarga de cuidados aumenta, a permanência no domicílio pode tornar-se excessivamente difícil, pesada e onerosa, colocando-se a situação da necessidade de internamento, por curtos períodos de tempo ou para internamentos de maior duração. (Andrade, 2009)

A família é sem dúvida um importante espaço de interação e de relacionamento constituindo-se como um suporte e um elo de ligação entre todos os membros. A interdependência afetiva e manutenção do bem-estar familiar são dois elementos essenciais à continuidade familiar, sendo a família a principal base de estabilidade e bem-estar do idoso.

A solução não pode passar apenas pela total exclusividade dos serviços públicos, nem das redes informais. A alternativa passa, "... por uma articulação e complementaridade entre o formal e o informal de modo a encontrar uma solução de compromisso que permita responder adequadamente a diferentes tipos de necessidades através de formas apropriadas de solidariedade". (Luísa Pimentel, 2005: 32 citado por Andrade, 2009)

1.2– ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS

Os Lares de Idosos, na sua vertente de apoio à população idosa, são uma das respostas com maior representação nas novas respostas que entraram em funcionamento no ano de 2011. Os Lares começaram a surgir entre os anos de 1976 e 1985, segundo Almeida (2008) citado por Pereira (2013) essencialmente devido à preocupação com as necessidades sociais da população, resultando no aparecimento de Instituições direcionadas para determinados segmentos. Neste contexto os lares surgem com o intuito de satisfazer as necessidades da população idosa, nomeadamente na prestação de cuidados. A institucionalização dos idosos é justificada também pelo aumento da faixa etária e pelas modificações na estrutura familiar das últimas décadas (Pereira, 2013).

Jacob 2002, citado por Pereira, 2013 define que os idosos institucionalizados residentes são os que vivem 24horas por dia numa Instituição, na maioria dos casos denominada de Lar ou Residência.

Considerando o crescente aumento da população idosa e as dificuldades crescentes para os prestadores informais (familiares, amigos e vizinhos) assumirem um papel absoluto nos cuidados prestados aos idosos as respostas sociais ganham um papel cada vez mais importante e diferencial na sociedade atual.

1.2.1– Definição

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado têm que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos. Muitos idosos perdem a autonomia e na maior parte das vezes recorrem à família, (cônjuge, descendentes ou parentes colaterais, ou por parte de uma intervenção conjunta de vários membros da família); aos serviços ao domicílio, que são a prestação de serviços diversificados (alimentação, higiene, tratamento de roupa, outros) por parte de profissionais ou voluntários especializados em casa do idoso; às instituições, que são a prestação dos serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas. Este serviço pode ser prestado permanentemente (lares e residências) ou parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades para a terceira idade). A ausência quase total de ajudas eficazes destinadas às pessoas que cuidam dos familiares encontra-se no centro dos problemas relativos às famílias dos idosos e é a principal razão pela qual as famílias muitas vezes são obrigadas a recorrer às instituições de apoio aos idosos. Recorre-se à institucionalização quando os idosos se encontram debilitados fisicamente ou psicologicamente, ou ainda quando não existe disponibilidade por parte dos familiares/cuidadores, os idosos institucionalizados são os que vivem 24 horas por dia numa instituição, no caso dos lares ou residências, ou seja, as atualmente chamadas estruturas residenciais para Idosos. (Andrade, 2009)

Segundo a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, publicada no Diário da República n.º 58, I Série *“considera -se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.”*

A estrutura residencial destina -se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Pode, também, destinar -se a pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas. Além disso pode ainda, proporcionar alojamento em situações pontuais, decorrentes da

ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador. (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, publicada no Diário da República n.º 58, I Série)

Constituem objetivos da estrutura residencial, designadamente, os seguintes: 1- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; 2- Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; 3 - Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; 4- Potenciar a integração social. (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, publicada no Diário da República n.º 58, I Série)

1.2.2– A institucionalização

Até ao século XIX, eram poucos os indivíduos que atingiam a idade avançada e o apoio de que os idosos necessitavam era garantido pela solidariedade familiar ou pela caridade de alguns particulares ou instituições religiosas, e em último caso colocados ao abandono, morrendo muitos deles na miséria. Hoje o que acontece na maioria das vezes é que este tipo de apoio não existe, sendo necessário recorrer-se a apoios específicos. (Andrade, 2009)

É a partir de meados do século XIX, começam a surgir as primeiras instituições para apoiar os idosos, atender os problemas específicos, nomeadamente asilos. (Andrade, 2009)

Presentemente, há uma grande diversidade de serviços existentes, no entanto estes são insuficientes para atender a todas as situações, como comprovam as elevadas listas de espera.

Atualmente são muitos os motivos que levam tantos idosos como as suas famílias a recorrer à institucionalização. Segundo Luísa Pimentel, 2005 citado por Andrade, 2009 a dependência física e psicológica são dos principais motivos de internamento, seguindo-se a solidão, o isolamento, a precariedade de condições económicas e habitacionais ou a ausência de redes de solidariedade que forneçam um suporte em situação de carência. Estes são alguns dos fatores que contribuem para a necessidade de recorrer a uma valência institucional.

Mas convém primeiro proceder a um breve esclarecimento acerca do que pode ser entendido por Institucionalização. Assim, Jacob (2002) citado por Almeida (2008) refere que se fala em institucionalização do idoso quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição. Quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por idosos

institucionalizados residentes. Assim, para Born e Boechat (2006) citados por Almeida (2008), após análise de doze estudos efetuados nos EUA, chegaram à conclusão de que as razões para a institucionalização seriam: idade, diagnóstico, limitação nas atividades de vida diária, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza. Já Wilmoth (2002) citado por Almeida (2008), refere que, mais do que a idade cronológica, as razões para outros arranjos de vida encontram-se ligadas aos acontecimentos que ocorrem no seu continuum, a saber: viuvez, doença e deficiência física ou mental.

Para Paúl (2005) citado por Almeida (2008), as causas da institucionalização poderão ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade.

Como evidenciam os autores atrás referidos, as causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

A institucionalização surge muitas vezes, para o idoso e a família como a última alternativa, quando todas as outras já estão esgotadas, uma vez que o idoso tem receio em não se adaptarem ao novo espaço.

Todavia, para que a integração do idoso na instituição seja positiva, *“é essencial ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior das instituições, quer com as pessoas da comunidade envolvente”* (Luísa Pimentel, 2005: 62), podendo deste modo, ter um papel ativo na sociedade, contribuindo para a sua qualidade de vida.

Segundo Born e Boechat (2006) citado por Almeida (2008), por mais qualidade que a instituição possua, vai haver sempre um corte com o que se passava anteriormente, passando a existir um certo afastamento do convívio social e familiar. Por outro lado, a pessoa idosa vai ter que se “familiarizar” com um conjunto de situações completamente novas como sejam: novo espaço, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida. Esta nova realidade pode, por isso, originar reações de angústia, medo, revolta e insegurança. Para Paúl (2005, p. 261) *“os resultados da mudança para um lar têm a ver, por um lado, com as características sociodemográficas dos idosos, a congruência entre a personalidade, o ambiente e os padrões comportamentais, bem como a avaliação que fazem do meio, os recursos pessoais, a avaliação dos processos de mudança e os despectivos recursos*

para lidar com a situação”. Se esta interação de fatores não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar. Avorn e Langer (1982) citados por Almeida (2008), alertam ainda para o facto de as funções físicas e mentais poderem sofrer deterioração, aumentando, conseqüentemente, a dependência.

A institucionalização provoca, assim, um impacto fortemente negativo no grau de satisfação com a vida (Vallerand, O’Conner, & Blais, 1989 citados por Almeida 2008).

Contudo para que a institucionalização do idoso se torne mais equilibrada e positiva é fundamental que os lares sejam pensados em função das necessidades dos seus utentes, e assim devem proporcionar ao idoso uma vivência digna, acesso aos cuidados de saúde e condições para o desenvolvimento pessoal tal como refere João Rocha, 1999 citado por Andrade, 2009. O lar deve estar inserido e em funcionamento na comunidade e deve ser considerado como um estabelecimento de qualidade e de bem-estar. Esta é uma das medidas que pretendem lutar contra o isolamento das pessoas idosas, sendo para isso necessário, a inserção na sociedade, como forma de ultrapassar o risco de exclusão social (Andrade, 2009).

Os lares devem garantir ao idoso uma vida confortável, nomeadamente através da prestação de cuidados e serviços para a satisfação das suas necessidades, respeitando sempre que possível a sua interdependência. Também deve promover no idoso a realização de atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional, com vista à manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas. São instituições que prosseguem a prestação de cuidados à pessoa idosa e/ou dependente, substituindo o papel da família que estava, tradicionalmente, incutida de realizar. (Andrade, 2009)

Contudo, a institucionalização é uma decisão difícil, quer para a família quer para o idoso, ao serem institucionalizados os idosos deparam-se com uma redução das redes sociais e pessoais. À instituição cabe então a função de contribuir para a preservação e desenvolvimento das interações familiares, melhorando e mantendo as formas de contactos já existentes, entre os idosos e a família, através de telefonemas, correspondência, encontros em momentos de festividades, convívios institucionais e visitas. (Andrade, 2009)

Torna-se essencial, reforçar o facto de que, com a institucionalização do idoso, o papel da família não deixa de existir, pelo contrário, a família deve continuar a estar presente em todo o processo, em conjunto com a instituição para que o idoso se sinta bem. (Andrade, 2009)

1.3– A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade nos serviços de saúde é uma dimensão relativamente recente, que se tem vindo a destacar na sociedade moderna. É um conceito que assume um carácter subjetivo e bastante complexo, englobando fatores relacionais e comportamentais, características individuais dos utentes, sociais da população e o conceito do próprio serviço e do prestador do serviço.

O termo Qualidade reporta-se ao *“conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto, que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”*. (DL n.º 140/2004 de 8 de Junho)

Atualmente, existe uma elevada consciencialização sobre a qualidade no geral em particular na saúde. A qualidade em saúde tem sido uma das maiores preocupações dos governos, existindo, no entanto, um longo caminho a percorrer (Ruiz, 2004 citado por Veloso, 2012).

Para Hesbeen (2001) a perceção da qualidade relaciona-se com os mecanismos que regem a condição humana e, por isso é extremamente variável e evolutiva. Isto porque segundo o autor, o conceito de qualidade não é estável, mas sim complexo e com múltiplas interpretações, mantendo assim, algumas definições distintas.

Segundo Spath (2009) citado por Fernandes (2012), as instituições de saúde devem esforçar-se por medir, avaliar e melhorar o seu desempenho. Para além do empenho da gestão de topo e dos colaboradores, as instituições devem também criar uma metodologia centrada na realização de atividades de qualidade e uma dinâmica que incentive e apoie a melhoria contínua, nomeadamente, a implementação de sistemas de gestão da qualidade.

A definição de qualidade nos serviços de saúde tem sido uma área de interesse de vários investigadores, entre eles, Ferreira (1991) citado por Fernandes (2012), que se refere à qualidade dos cuidados de saúde como o facto de tornar o mais efetivo possível os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e satisfação da população, dentro dos recursos que a sociedade e os indivíduos decidam gastar com tais cuidados.

A OMS (1985) define o conceito de qualidade nos cuidados de saúde como o *“desempenho adequado, segundo as normas, das intervenções reconhecidas como não perigosas, acessíveis à sociedade em causa e capazes de exercer impacto sobre a mortalidade, a morbilidade, as incapacidades e a malnutrição”*.

O Ministério da Saúde (1998) designou o conceito de qualidade em saúde como o *“(...) processo contínuo de atividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos*

e no estabelecimento de metas específicas, com o objetivo de melhorar a qualidade efetiva dos cuidados prestados”.

Uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde (2009) é a acreditação em saúde, que visa fortalecer a confiança da população nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e segurança.

O conceito de qualidade nos serviços de saúde varia conforme o ponto de vista do interveniente, uma vez que para os utentes, qualidade pode ser entendida, por exemplo, como um alívio dos sintomas da doença, uma boa empatia com o profissional de saúde, acessibilidade e a satisfação das necessidades físicas e psicológicas. Nos profissionais de saúde, a qualidade visa o atendimento de uma forma competente, segura e eficaz com o intuito de contribuir para o bem-estar do utente. Os gestores focam outros elementos, nomeadamente aspetos de eficiência, rentabilização de investimentos e a obtenção dos resultados desejados. Portanto, a qualidade representa o equilíbrio entre todas estas conceções (Monteiro, 2000 citado por Fernandes, 2012).

Como nas demais atividades públicas ou privadas, os prestadores de cuidados de saúde devem estabelecer níveis e padrões de qualidade para servirem os seus utentes. Estes padrões de qualidade podem ser mais difíceis de implementar do que noutros tipos de serviços, pois nos serviços de saúde não só está em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também está contemplado o grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos próprios serviços (Eiriz e Figueiredo, 2004 citado por Fernandes, 2012).

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde vem assumindo extrema importância. Ao mesmo tempo, verifica-se na população, uma crescente preocupação com a qualidade dos serviços que lhe são prestados. O utente, quando se dirige a uma instituição de saúde pública ou privada, valoriza, entre outras, o modo como é atendido, se é respeitado, a forma como lhe é transmitida a informação, as atitudes dos profissionais de saúde e as condições das instalações. É fundamental, que as instituições de saúde tenham flexibilidade e estejam atentas às expectativas dos utentes. Uma vez que, satisfazendo as necessidades dos mesmos, as instituições podem obter prestígio e ganhos económicos. (Fernandes, 2012).

1.3.1 – A qualidade nas Estruturas Residenciais para Idosos

O crescente aumento da população idosa nos países industrializados originou uma problemática no que respeita às necessidades, cuidados e contexto em que se

insere esta população. A população que recebe cuidados nas Estruturas Residenciais para Idosos levou alguns investigadores a interessarem-se pela questão da qualidade nestes equipamentos, especialmente no final da década de 90 do século XX (Phillips, 2001 citado por Pereira, 2013).

Para Lee & Yom (2006) citados por Fernandes (2012) o conceito de qualidade é de difícil definição, por ser um tema complexo e subjetivo. Segundo os autores, a qualidade em saúde é constituída de duas partes não dependentes: qualidade de facto, que representa a confrontação com os padrões que correspondem, de forma direta com as expetativas de cada utente; e qualidade na perceção, que corresponde às diferentes expetativas dos utentes, em relação ao serviço prestado pela instituição.

No entanto, a qualidade nos serviços de saúde envolve duas vertentes, a parte técnica e a parte de humanização. O conhecimento científico e a tecnologia aplicada nos serviços de saúde fazem parte da parte técnica, já a humanização dos cuidados de saúde engloba a forma como os utentes são tratados. (Fernandes, 2012)

Segundo Cunha (2007) citado por Fernandes (2012), a humanização coloca-nos no sentido de revalorizar as inter-relações humanas, agindo de forma adequada e defendendo o valor da dignidade humana. Coloca-nos na perspetiva e desafio de reflexão sobre o modo de agir nas relações com os outros e com o mundo que nos rodeia. A humanização como política deve implementar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

Atualmente a preocupação não passa apenas pela avaliação da qualidade da prestação dos cuidados aos utentes das estruturas residenciais para idosos, mas também pela qualidade de vida dos utentes nestes equipamentos (Kane, 2005 citado por Pereira, 2013). Segundo esta autora a avaliação da qualidade de vida dos idosos residentes pode servir diferentes fins, nomeadamente estar incluída no processo de regulamentação do equipamento, ser utilizada para uma melhoria da qualidade interna, ou serem os resultados disponibilizados para consulta aos potenciais clientes. (Pereira, 2013)

1.3.2– A qualidade de vida dos utentes residentes

A Qualidade de vida é um termo geral que engloba fatores ambientais, níveis de rendimento, saúde, modo de vida, satisfação e auto-estima, entre outros. No entanto, tudo leva a crer que o conceito de qualidade de vida não tem o mesmo sentido para o adulto jovem, ou para o idoso. Se partirmos do princípio de que uma boa qualidade de vida se caracteriza por um sentimento de bem-estar, por uma emotividade equilibrada,

por uma integração social, por um bom estado físico, poderemos questionar-nos se tudo isto fará sentido para as pessoas mais idosas. Efetivamente, estas estão sujeitas a um processo de envelhecimento que se repercute na sua qualidade de vida, e que pode acarretar consequências, tais como (Rocha, Rodrigues, Coutinho, & Monteiro, 2002 citado por Almeida, 2008):

- Limitações físicas que conduzem a uma dependência na satisfação das suas necessidades fundamentais;
- Reformas muito baixas, insuficientes para fazer face às necessidades alimentares, de saúde, etc.;
- Cessação da atividade profissional, facto que implica uma perda dos papéis sociais, bem como a diminui o da auto-estima;
- A solidão a que são votados, quer pela escassez de resposta familiar, quer pela sociedade, que os isola;
- O afastamento do seu meio habitacional, sendo frequentemente internados num lar.

No que concerne ao meio familiar, torna-se absolutamente urgente que nesta envolvência se reconheça o valor dos idosos e se propicie o desenvolvimento de atividades promotoras de um sentimento de utilidade, aumentando deste modo a sua auto-estima. Por outro lado, a própria sociedade deverá incentivar o alargamento de estruturas que permitam ao idoso viver integrado no seu ambiente familiar. No entanto, o que realmente se verifica é que as instituições que prestam apoio domiciliário são insuficientes, vendo-se as famílias e os idosos obrigados a recorrer ao internamento em lares quando, na verdade, estes deveriam ser o último recurso. (Almeida, 2008)

Convém realçar que algumas das características da velhice podem fazer com que os idosos se tornem mais suscetíveis ao uso acrítico de medidas que possam vir a influenciar negativamente a sua qualidade de vida. (Almeida, 2008)

Lawton, 2001 citado por Pereira (2013) defende que a qualidade de vida consiste num conjunto de dimensões objetivas e subjetivas não estanques e experienciadas pelas pessoas, assim trata-se de aspetos dos cuidados residenciais associados a estados subjetivos dos residentes.

Aberg e colegas citados por Pereira (2013) por outro lado consideram a qualidade de vida como componentes subjetivos, habitualmente designados por satisfa o de vida capazes de realizar um balanço entre as expectativas e os objetivos alcançados.

No entanto outros autores analisaram a questão da qualidade de vida tendo por base conceitos muito semelhantes, nomeadamente Perracini (2006) citado por Pereira,

2013 que observa que os ambientes de idosos devem ter algumas características, nomeadamente acessibilidade e uso, facilidade de circulação, especificamente no que diz respeito ao conforto, à conveniência e à possibilidade de escolha; comunicação com aspetos sensoriais e interação social, privacidade e segurança.

Na década de 90 surge a necessidade de uma definição do conceito de Qualidade de Vida, e de instrumentos de avaliação deste conceito com uma base científica. A OMS reuniu um grupo de peritos pertencentes a culturas diversas, para dar resposta a esta necessidade. O grupo chegou a acordo em três aspetos essenciais, nomeadamente a sua subjetividade, depende da perspetiva do próprio indivíduo, a sua multidimensionalidade, tem por base vários aspetos ou dimensões, e a presença de dimensões positivas e negativas (Pereira, 2013)

O termo Qualidade de Vida foi definido como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, Whoqol Group, 1994 citado por Pereira, 2013)

Lawton (1983) no seu modelo de qualidade de vida, na velhice, apresenta quatro campos:

- 1- Condições ambientais – proporcionar às pessoas condições adequadas à sua vida.
- 2- Competência comportamental – desempenho que os indivíduos adotam perante as diferentes situações com que se deparam ao longo da sua vida.
- 3- Qualidade de vida percebida – traduz a avaliação que o indivíduo faz da sua própria vida, influenciada pelos valores que foi recolhendo e pelas expectativas pessoais e sociais.
- 4- Bem-estar subjetivo – significa a satisfação que o indivíduo possui face à sua própria vida: satisfação global e satisfação específica em relação a determinados aspetos da sua existência.

Em 1991 Lawton apresentou na literatura gerontológica internacional o modelo de qualidade de vida. Na primeira dimensão (condições ambientais) assume aqui um especial destaque, pois aparece diretamente relacionada com a qualidade de vida do idoso, já que num meio envolvente adequado será mais fácil manter um relativo grau de autonomia conduzindo à noção de bem-estar percebido. A qualidade de vida percebida reflete a avaliação que cada um faz da própria vida, num equilíbrio entre valores, expectativas e crenças. Este campo apresenta um bem-estar subjetivo de satisfação com a vida, que conjuga as relações entre as condições objetivas (o meio envolvente), a capacidade de adaptação e a percepção da qualidade de vida. (Pereira, 2013)

Lawton acredita que a qualidade de vida na velhice resulta de uma avaliação multidimensional caracterizada por critérios socio normativos e intrapessoais, interligados com as relações atuais, passadas e entre o idoso e o meio ambiente.

Atualmente ainda são poucos os estudos que analisam a qualidade de vida global associada à vivência num Lar, aparecendo aqui a investigadora Rosaline Kane. O seu estudo tem como principal objetivo o desenvolvimento de medidas de avaliação da qualidade de vida dos utentes de Lares de Idosos destacando fatores psicológicos e sociais. (Pereira, 2013)

Kane (2004) citado por Pereira (2013) acredita que este instrumento pode ainda ser utilizado para uma melhor gestão dos equipamentos pois para além dos cuidados ao nível da saúde física e mental, os cuidados de longa duração devem preservar e promover a qualidade de vida. Além disso, Kane (2004) citado por Pereira (2013) ainda defende que os Lares de Idosos possuem potencial para influenciar a qualidade de vida dos seus utentes em dimensões que ultrapassam o estado de saúde, isto é, por um lado os residentes dos Lares de Idosos recebem cuidados de saúde e necessidades básicas que não podem ser negligenciados, por outro a qualidade de vida tem em conta as necessidades sentidas pelos utentes.

Para Rosaline Kane (2004) citada por Pereira (2013) a qualidade de vida deve ser um objetivo das Instituições para Idosos e esta resulta de quatro fatores: o estado de saúde do doente, a situação social (que engloba o suporte familiar exterior à Instituição), a personalidade e o cuidado / ambiente oferecido ao utente. Assim a autora aborda aspetos intrínsecos ao utente, mas também extrínsecos e que advêm do equipamento e influenciando a qualidade de vida dos residentes.

Kane (2004) citado por Pereira (2013) coloca-se ao lado dos defensores de um conceito de qualidade de vida subjetivo e considera os residentes como a melhor fonte de informação, sendo esta ideia partilhada por Gerritsen (2006) citado por Pereira (2013) que acredita que a qualidade de vida se deve concentrar na experiência subjetiva do indivíduo.

1.3.3 – A Satisfação

A satisfação é um conceito mais abrangente que a qualidade dos serviços, sendo muitas vezes entendida como uma componente da anterior (Lovelock, 2001 citado por Pereira 2013). A satisfação diz respeito a avaliações cognitivas e afetivas, já a qualidade dos serviços resulta de avaliações a partir de processos cognitivos.

Segundo Howard e Sheth (1969) citados por Fernandes (2012), a satisfação pode ser definida como o estado de ser adequadamente recompensado em uma situação de compra pelos sacrifícios realizados.

A satisfação pode ser compreendida como uma situação momentânea, de curta duração, enquanto que a percepção da qualidade pode ser o resultado da acumulação de várias experiências relativas à satisfação ao longo do tempo. (Fernandes, 2012)

Segundo Sasser Jr. Jones (1995) citado por Fernandes (2012) a satisfação do cliente é um ponto-chave na retenção dos clientes e na sua lealdade. As empresas que estão focadas na satisfação são capazes de estreitaram o relacionamento com os seus clientes, compreendendo melhor as suas necessidades, proporcionando assim o aumento dos níveis de satisfação dos mesmos. Os clientes quando insatisfeitos, podem não voltar a comprar o serviço, irem embora sem fazer qualquer reclamação e para além disso, podem transmitir uma opinião negativa do serviço.

Kotler e Armstrong (2003) citados por Fernandes (2012) referem que o nível de satisfação está relacionado com a qualidade apercebida, compreendendo-se então, a satisfação como uma função do desempenho apercebido e das expectativas.

A verdade é que há uma discussão entre vários autores sobre se é a qualidade que é percebida em primeiro lugar dando lugar à satisfação ou se é a satisfação para com um serviço que leva à percepção da qualidade do mesmo (Gronroos, 2007 citado por Pereira 2013).

A maioria dos autores defendem que a satisfação do consumidor é "como uma experiência afetiva que é ativada quando as necessidades dos consumidores são preenchidas, indo ao encontro das suas expectativas", além disso "consumidores satisfeitos têm maior probabilidade de voltar a consumir o serviço e de o recomendar a potenciais consumidores. (Pereira, 2013)

Atualmente a satisfação dos consumidores assume um papel de relevo na gestão das organizações, tendo um peso significativo nas decisões estratégicas e operacionais que influenciam a qualidade dos serviços prestados, pois elevados níveis de satisfação interessam às organizações, e representam menores custos para cativar novos consumidores e para gerir e resolver reclamações (Kotler & Keller, 2008 e Lam, Zhang, & Jensen, 2005 citados por Pereira. 2013).

Os consumidores compram serviços com vista à resolução de necessidades específicas e por isso a avaliação destes serviços depende das expectativas criadas (Lovelock, 2001 citado por Pereira, 2013). Para Lecturer (2010) citado por Pereira (2013) a satisfação do consumidor é um aspeto crucial para qualquer organização e considera

que há três fatores principais que afetam a satisfação do consumidor, sendo elas a qualidade percebida do serviço e do produto e a imagem da marca.

Gerson (2006) citado por Pereira (2013) refere ainda que o que importa atualmente é a satisfação do cliente. Se o cliente não ficar satisfeito, deixará de querer fazer negócio. Tudo o que se pode fazer para atingir a qualidade e um excelente serviço deixa de ser importante se não se satisfizer o cliente.

Segundo Donabedian (1998) citado por Fernandes (2012), a satisfação do utente assume uma importância primordial como medida da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que fornece informação sobre o sucesso dos prestadores em relação aos valores e às expectativas dos seus utentes, nomeadamente, na identificação de aspetos que necessitam de melhorias, na avaliação das melhorias implementadas e na reorganização dos serviços, entre outras.

A satisfação dos utentes, tem vindo, a ser cada vez mais reconhecida como um reflexo legítimo da efetiva qualidade dos serviços de saúde. Atualmente é considerada pelos prestadores de cuidados de saúde como um objetivo fundamental dos serviços, tornando-se cada vez mais relevante na avaliação da qualidade.

2- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro Social da Nossa Senhoras das Necessidades fica situado em Alcária, no concelho do Fundão, sendo uma instituição sem fins lucrativos que presta cuidados à população Idosa. Está em funcionamento desde janeiro de 2010 e apresenta três tipos de resposta social: apoio domiciliário, centro de dia e estrutura residencial para Idosos.

O serviço de apoio domiciliário tem capacidade para 20 idosos, estando neste momento lotado. O centro de dia apresenta capacidade para 25 idosos, pelo que atualmente fazem parte desta resposta social 23 idosos e a Estrutura residencial para idosos dá resposta a 25 idosos, encontrando-se também com lotação máxima.

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa de saúde multidisciplinar, integrando 1 enfermeira (a part-time), 1 Fisioterapeuta (a part-time), 1 médico (1 vez por semana), 1 psicólogo (1 vez por semana), 10 auxiliares de ação direta, 1 Encarregada de Serviços Gerais, 2 assistentes sociais (a tempo inteiro), 1 animadora sociocultural (a tempo inteiro) e uma secretária administrativa. A Diretora Técnica do serviço apresenta também como função assistente Social. O serviço conta ainda com uma equipa de 2 cozinheiras, 2 auxiliares de cozinha, 1 motorista e 3 auxiliares de serviços gerais.

Como dependências funcionais a instituição apresenta:

- Um posto à entrada do serviço, onde se realizam as tarefas administrativas
- Um gabinete médico;
- Um gabinete de enfermagem;
- Um gabinete da Diretora Técnica;
- Um gabinete para a assistente social;
- Um Gabinete para a Encarregada de Serviços Gerais;
- Um gabinete para a Direção do lar;
- Uma Cozinha;
- Um refeitório;
- Uma Lavandaria;
- Duas Salas de convívio para os Idosos;
- Uma Sala para realização de atividades com a Animadora Sociocultural;
- Uma sala de Pessoal com dois vestiários, um feminino e outro masculino, com as respetivas casas de banho;
- Uma sala de despejos;

- 15 Quartos, sendo 10 quartos com cama dupla e 5 individuais, com respetivas casas de banho;
- Um Terraço exterior;
- 4 Casas de Banhos;
- 1 Jardim exterior.

2.1 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

É essencial definir, de forma cuidadosa e completa, a população antes de se proceder à amostragem devendo, para o efeito, incluir uma descrição dos membros que devem ser inseridos.

Assim, segundo Fortin (1999:202), “uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” Fortin (1999) refere ainda que a informação é recolhida junto destes mesmos elementos ou sujeitos, sendo estes a unidade de base da população, o elemento poderá ser uma pessoa, família, grupo, organização, entre outros.

Neste contexto os elementos que pretendo incluir são regidos pelos seguintes critérios de seleção: todos os idosos residentes no Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcaria que apresentem capacidades cognitivas mantidas, com facilidade de expressão verbal e de ambos os géneros.

Todo o trabalho de amostragem requer uma definição mais específica da população que se pretende estudar, ou seja, dos elementos que fazem parte dela. Conforme Fortin (1999:202), “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada de população-alvo (...) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Para Quivy e Campenhoudt (2005, p. 158) a seleção do campo de análise torna-se imprescindível e obedece com frequência ao critério “*margem de manobra do investigador: os prazos e os recursos de que dispõe, os contatos e as informações com que pode razoavelmente contar, as suas próprias aptidões*”, não sendo de “*estránhar que, maior parte das vezes o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador*” e não constituindo este facto, *a priori*, uma vantagem ou um inconveniente.

Tendo em conta o tipo de estudo e a estratégia definida para a colheita de dados, optei por estudar um grupo representativo da população, sendo o tipo de amostra não

probabilística, intencional, porque os elementos selecionados possuem as características típicas (ou representativas) da população.

Para a obtenção da amostra e sempre atendendo ao principal foco da investigação pretendida, solicitei a ajuda da Diretora Técnica da Instituição e selecionei um total de 12 Idosos, tendo em conta aqueles que ainda mantinham as suas capacidades cognitivas e apresentassem facilidade de expressão verbal.

A abordagem dos idosos selecionados foi realizada pessoalmente, explicando sumariamente os objetivos do estudo e a forma de recolha dos dados. Todos aceitaram colaborar e as entrevistas foram sendo agendadas e realizadas, sendo a todos os idosos garantidos a confidencialidade e o anonimato.

3-DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

O objetivo de um estudo” indica *o porquê da investigação (...) e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender: denominar, descrever fatores, explorar*” (Fortin, 2009:100).

Assim definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos.

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores que influenciam a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos clientes.
- Verificar se as percepções dos clientes estão de acordo com as suas expectativas.
- Identificar de que ^{forma} a qualidade sentida e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos melhora ou não a qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.
- Recolher informação útil para que sejam implementadas medidas de melhorias na estrutura residencial para idosos.

Estratégias:

- Observação atenta (linguagem verbal e não verbal, comportamento expressão corporal, vestuário, etc.), saber questionar, e interpretar todos os sinais que os clientes nos dão;
- Observação atenta do modo como os clientes se relacionam com os colaboradores da instituição;
- Observação do modo como os vários colaboradores prestam cuidados aos clientes;

4 – METODOLOGIA

A metodologia é o fio condutor de qualquer processo investigativo, pretendendo-se que este seja coerente e simples de forma a ser entendido por todos. Ele permite responder a várias questões: “como?”, “com quê?”, “porquê?”, “onde?” e “quando?”

Fortin (1999) menciona que a fase metodológica consiste em definir os meios para realizar a investigação, de forma a obter respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. Esta fase é considerada como um conjunto de diretivas que estarão associadas ao tipo de estudo, necessitando de “colher e analisar” os dados, com precisão, de modo a assegurar a máxima credibilidade dos dados.

Tem como objetivo *“controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo”* (Fortin, 1999:132).

Segundo Fortin (1999:207) a fase metodológica *“operacionaliza o estudo com vista a realizar a fase empírica”*.

Procurei desenvolver um estudo que desse resposta aos objetivos desta investigação e assim recorri à metodologia que me parece mais adequada e que descreverei neste capítulo, tal como afirma Estrela, (2011) citado por Aguiar (2013), qualquer escolha metodológica fundamentada exigirá tácita ou expressamente uma tomada de posição sobre o tipo de epistemologia que sustenta os seus pressupostos e de onde decorrem os princípios de validade que permitirão avaliar a correção do processo e a legitimidade dos dados obtidos.

Procurarei assim, de uma forma simples, mas organizada, obter dados que me permita dar respostas aos objetivos de investigação, de forma a podermos contribuir para um melhor conhecimento dos fenómenos em estudo.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

O método de Investigação escolhido para a realização deste estudo é o método qualitativo, sendo um estudo descritivo.

Este método visa, essencialmente, explorar os fenómenos, experiências humanas, ações e comportamentos tal como são vivenciados.

Segundo Brink (1998) citado por Fortin (2009:290) “os estudos qualitativos têm como objetivos principais descrever um problema ainda mal conhecido, defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência (...)”

Fortin (2009:291) refere “os métodos de investigação qualitativa baseiam-se nas crenças e numa abordagem holística dos seres humanos (...)”. Este método estuda a pessoa como um todo, tendo em conta os seus sentimentos, comportamentos, pensamentos, opiniões.

Autores especializados em Ciências de Enfermagem referem que o método qualitativo tem em consideração as atividades das pessoas, sendo este subjetivo e sistemático e, desta forma “visa descrever experiências de vida, assim como as significações que lhes são atribuídas pelos participantes”. (Silva & Rothdard, 1984 citado por Fortin, 2009:29).

O investigador, no método qualitativo, exerce um papel ativo, uma vez que partilha a experiência descrita pelos participantes e de, certo modo, influencia os participantes, sendo também ele influenciado. Do ponto de vista metodológico, a investigação qualitativa reporta-se à inserção num contexto naturalista e é particularmente útil para a investigação de questões ligadas à vida das pessoas e aos significados que atribuem ao mundo, pois o conhecimento que se busca é relativo ao *como* ocorrem as experiências quotidianas e quais os seus significados para os sujeitos. (Fortin, 2009)

Para Fortin (2009:22), *“o objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar. . .demonstra a importância primordial da compreensão do investigador e dos participantes no processo. . . é uma extensão da capacidade do investigador para dar sentido ao fenómeno”*.

Assim Rossman & Rallis (1998) citados por Fortin (2009) referem que as principais características da investigação qualitativa são:

- Desenrola-se no meio natural dos participantes;
- Utiliza vários métodos interativos, como a participação de todos na colheita de dados;
- Dá lugar à interpretação, descrição dos fenómenos;
- Implica que o Investigador tenha um papel observador participante;
- Supõe visão holística;
- Baseia-se em princípios de colheita e análise dos dados.

Fortin (2009:236) explica que o estudo descritivo é utilizado para “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”.

Como se situa no primeiro nível de investigação este tipo de estudos, são baseados nos objetivos e questões de investigação, pelo que não se formulam hipóteses.

“As investigações descritivas têm por objetivo definir com precisão um conceito, as características, produzir estatísticas sobre elementos que têm uma relação com populações.” (Fortin, 2009:7)

4.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O método de colheita de dados que foi utilizado foi a entrevista semi-estruturada. O tipo de entrevista selecionada é semi-estruturada *“no sentido em que inteiramente encaminhada por um grande número de perguntas precisas”* e permite obter *“a análise do sentido que os atores dão às suas práticas (...) as suas leituras de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências”*. Os autores referem ainda que esta entrevista *“é certamente a mais utilizada na investigação social”* (Quivy & Campenhoudt, 2005:191-195).

A entrevista é um método de comunicação entre duas pessoas em que o investigador é quem recolhe os dados e o participante fornece a informação. Tem como funções examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes, servir como principal instrumento de medida e complemento aos outros métodos de colheita de dados.

A entrevista tem como vantagens a possibilidade do investigador apresentar um conjunto de temas a cobrir, formulando questões a partir desses temas e apresentá-los ao participante segundo a ordem que lhe convém, assim como uma maior eficácia na descoberta de informações sobre temas complexos e carregados de emoção, assim como na análise de sentimentos (Fortin, 2009: 247-249).

Nesse sentido e de acordo com os objetivos traçados para o presente estudo, defini as áreas temáticas com interesse para o estudo e formulei um conjunto de questões relacionadas, sob a forma de um guião, com 14 partes, incluindo o início e o fim da entrevista. As questões foram elaboradas de forma a permitirem obter do respondente, simultaneamente, respostas diretas e respostas em discurso livre (Ver Anexo).

As áreas temáticas foram selecionadas a partir do conhecimento pessoal do campo de análise e da revisão da literatura realizada:

- 1- Vivências passadas

- 2- Processo de envelhecimento
- 3- Percepção relativa à Institucionalização
- 4- Percepção relativa às atividades da instituição
- 5- Percepção relativa aos serviços prestados
- 6- Percepção relativa aos funcionários
- 7- Percepção relativa à satisfação com a alimentação
- 8- Percepção relativa à segurança
- 9- Percepção relativa aos relacionamentos
- 10- Percepção relativa à privacidade
- 11- Percepção relativa à autonomia
- 12- Percepção relativa à dignidade
- 13- Percepção relativa à individualidade
- 14- Percepção relativa à qualidade de vida e bem-estar

Para se avaliar a validade e fiabilidade de um instrumento de colheita de dados é solicitada, frequentemente a ajuda de peritos. Estes irão avaliar o conteúdo do instrumento, isto é, a escolha dos enunciados ou das questões elaboradas, sendo considerado este processo, em parte, subjetivo. Os peritos poderão quantificar os resultados da sua avaliação e examinar se cada enunciado ou questão reporta o domínio em estudo. (Fortin, 2009:355).

O guião foi testado e validado por dois professores da Escola Superior de Portalegre, sendo eles, o Professor Doutor Alexandre Martins da Escola Superior de Educação de Portalegre e o Professor Doutor António Calha da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Da análise conjunta da mesma, foram acrescentados dois temas (Percepção relativa à Institucionalização e Percepção relativa à qualidade de vida e bem-estar) e reformuladas algumas questões de modo a que todo o guião cumprisse os objetivos.

Após a apreciação do instrumento, por pessoas peritas na matéria, o guião é por vezes submetido à realização de um pré-teste junto de uma amostra da população alvo. Contudo como estou a lidar com populações pequenas, ao realizar um pré-teste, não poderia incluir os sujeitos do pré-teste na investigação e assim iria diminuir o número de inquiridos.

Para Taylor & Bogdan (1994) citados por Aguiar (2013) o emprego de um guião orientador pressupõe um certo grau de conhecimento sobre os participantes no estudo, através do trabalho de campo ou outra experiência direta e requer alguns cuidados por parte do investigador. Afirmam que os resultados da entrevista dependem das

capacidades comunicacionais do entrevistador e a relação que se estabelece desde o início da entrevista, a chave da recolha dos dados.

Previamente à realização da entrevista é fulcral que o investigador informe os participantes acerca do objetivo e finalidade do estudo, como foi efetuada a seleção dos participantes, da confidencialidade da informação, do consentimento escrito e informado, bem como pedido de autorização para a realização das entrevistas. Toda a informação deverá ser realizada com uma linguagem clara e objetiva, adequada ao momento e à população, para que não ocorram duvidas relativamente aos objetivos propostos.

Antes de proceder à aplicação prática da colheita de dados, devem ser realizadas algumas diligências, como a obtenção de uma autorização para realizar o estudo (Fortin, 1999). Assim, após pedido formal, à Direção do Centro Social da Nossa Senhora das Necessidades em Alcária, acompanhada por uma carta de apresentação do estudo e da Escola Superior de Saúde de Portalegre e após confirmação de adesão ao estudo por parte do Lar e de acordo com a disponibilidade dos utentes e da Instituição, iniciei as entrevistas em dezembro de 2015 e terminei em fevereiro de 2016.

Procedi ao registo das entrevistas em suporte áudio e fui realizando a sua transcrição integral, dando início à fase de organização dos dados, para que pudessem posteriormente ser analisados.

A transcrição realizada pelo próprio pesquisador permite complementar a informação com anotações ou detalhes importantes da situação, como por exemplo o sentido de frases inacabadas, linguagem não-verbal associada ou atitudes do participante, não totalmente captados pelo gravador. (Taylor & Bogdan, 1994 citados por Aguiar (2013).

A primeira leitura dos dados permitiu obter uma ideia abrangente dos textos e avaliar das possibilidades de análise face aos objetivos do estudo.

Bardin (2009:90) refere que a *“leitura flutuante”* é a primeira atividade a realizar e *“consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”*.

4.3 – PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Polit, Beck & Hungler (2004) referem que as atividades de escolha de amostragem, colheita de dados, análise de dados e interpretação são de certo modo interativos.

A análise e a interpretação são atividades constantes e concorrentes, que permitem ao investigador orientar-se para a próxima amostra, e para as perguntas e observações a serem realizadas. Assim, o processo mais intenso e que ocupa largo tempo é a análise verdadeira dos dados pois envolve o agrupamento de informação narrativa de forma coerente.

Segundo Quivy (2005) é o método pelo qual a escolha de termos pelo investigador, a sua frequência, e o seu modo de disposição do “discurso” e o seu desenvolvimento são fontes de informação, que a partir destas tenta produzir conhecimento.

Rodrigues (2002) refere que, a análise de conteúdo passa pelo trabalho de reconhecimento, seleção, recorte do conteúdo pertinente que depois vai encarregar-se de classificar, catalogar, codificar ou distribuir conforme uma grelha de análise e de codificação, que constitui o sistema de categorias, que representarão as modalidades das variáveis que operacionalizam os conceitos da problemática.

Desta forma, para o tratamento dos dados, foram realizadas várias leituras dos textos, pois como referem Alves & Silva (1992), existe a necessidade que o pesquisador assume de se deixar “*impregnar*” pelos dados, o que vai acontecendo à medida que ele faz “*leituras*” do discurso dos sujeitos ao longo das entrevistas, detendo-se ora numa análise mais imediata do conteúdo expresso, ora nas teias de relações que se evidenciam.

Procedeu-se à preparação do material a analisar que, e de acordo com Bardin, (2009), é um passo da organização da análise que passa pela enumeração dos elementos do *corpus*, até à edição dos textos.

Começámos por ordenar e codificar todas as entrevistas com uma letra (I), correspondente ao Idoso entrevistado e um número de ordem, atribuído aleatoriamente, de 1 a 12 (I+nº).

Em seguida procedeu-se a uma primeira organização dos textos, ainda que de forma geral e pouco precisa, construída na interação entre os elementos emergentes dos textos e os blocos temáticos previamente identificados para os objetivos do estudo, que já tinham orientado o processo de recolha, estruturando o guião da entrevista. Este trabalho, de fragmentação dos textos, foi realizado num novo documento no *Office Word*, agrupando, dentro de cada tema, os textos resposta a cada pergunta relacionada com o tema (domínio).

Segundo Bardin (2009) a primeira fase é a da organização, que corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as

ideias iniciais. A segunda etapa corresponde é exploração do material, que consiste em *“operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”* (Bardin, 2009:97). A codificação consiste numa transformação dos dados em bruto do texto, podendo ser esta transformação por recorte, agregação, enumeração, constituindo as categorias de codificação, permitindo atingir uma representação do conteúdo de forma a esclarecer o investigador acerca das características do texto. Torna-se por isso no processo real de análise de dados em que os dados se formam em aglomerados de dados semelhantes. Estes são aglomerados em temas, que são considerados como unidades estruturais de significado dos dados.

A escolha dos elementos a ter em conta numa codificação, prende-se com a pertinência dos mesmos, quer em relação às características do material quer face aos objetivos da análise. (Bardin, 2009).

Segundo Bardin (2009:32) *“categorias são rubricas significativas que permitem a classificação de elementos de significação constitutivos da mensagem, sendo, portanto, um método taxonómico para produzir uma ordem segundo certos critérios, na desordem aparente.”*

Do ponto de vista de Carmo & Ferreira (1998) as categorias provêm de duas fontes: do próprio documento em análise, ou seja, as respostas dadas numa entrevista, ou de um conhecimento geral do domínio a que diz respeito.

A análise de conteúdo pressupõe a desagregação de uma mensagem nos seus elementos constitutivos chamados *“unidade de registo”*, que correspondem aos segmentos de conteúdo considerados como unidades de base de análise, visando a categorização e a contagem de frequências (Bardin, 2007).

Os procedimentos utilizados na codificação e categorização passaram pela leitura e releitura dos textos e identificação das unidades de registo, fazendo a sua associação aos domínios definidos pelas questões colocadas em cada área temática.

Bardin (2007:34) define categorização como a *“operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.”* As categorias são rubricas ou classes, que agrupam as unidades de registo, sob um título genérico, agrupamento realizado em razão de carateres comuns.

A mesma autora refere que para que a análise seja válida, as categorias “de fragmentação da comunicação” necessitam de obedecer a determinadas regras:

- Exaustivas, implicam considerar todos os elementos do conjunto;

- Exclusivas, em que um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes;
- Homogéneas, obedecem a critérios de escolha rigorosos e não apresentam demasiada singularidade relativamente a esses critérios de escolha;
- Objetivas, pois codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais;
- Pertinentes, isto é, adaptadas ao objetivo.

Ao pretender estudar a qualidade sentida e satisfação dos clientes residentes numa Estrutura Residencial para Idosos através das suas opiniões, quis saber da frequência de determinadas dimensões, assim como a sua importância no sistema de interesses dos participantes.

Em conformidade, determinou-se as frequências absolutas das unidades de registo (UR) e de enumeração (UE), traduzindo-se UE pelo número de sujeitos participantes que fazem alusão às UR correspondentes a cada categoria ou subcategoria.

Para Bardin (2009) a unidade de enumeração é uma unidade em função da qual se procede à quantificação, isto é, permite verificar o número de vezes que é repetido um determinado conteúdo.

As apresentações dos domínios, referentes às áreas temáticas em estudo, encontram-se organizadas em diversos quadros de análise, com as categorias e subcategorias, uma unidade de registo exemplificativa, e as frequências absolutas das unidades de registo e de enumeração de cada categoria e subcategoria, tal como está exemplificado no Quadro I, adaptado de Simões (2004).

QUADRO I – Grelha de análise dos domínios, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas dos Idosos Residentes numa Estrutura Residencial para Idosos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. U.R.	Freq. Absol. U.E.

4.4 – RECURSOS

Os recursos necessários para a elaboração deste projeto de estágio serão os recursos humanos, materiais e financeiros.

Quanto aos recursos humanos estes dependem da autorização e colaboração dos participantes:

- Clientes residentes no Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcária;
- Diretora Técnica do Lar;
- Colaboradores do Lar.

Relativamente aos recursos materiais, estes dependem do tipo de instrumentos de colheita de dados para a realização da investigação, sendo eles:

- Local no Lar adequado para a realização das entrevistas;
- Computador
- Folhas de papel
- Canetas
- Internet

Os recursos financeiros dependerão dos gastos efetuados para a deslocação ao Lar, para a realização das entrevistas e para a obtenção do material necessário à realização da investigação.

5- CRONOGRAMA

ATIVIDADE/MÊS	JUN E JUL 2015	NOV 2015	MAR 2016	ABRIL 2016
-Elaboração, entrega e análise do Projeto de Estágio				
- Implementação do Projeto de Estágio. -Realização do Estágio				
-Avaliação e Fim do Estágio -Entrega do Relatório de Estágio				
			- Elaboração do Relatório Estágio	

6- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a caracterização dos participantes no estudo, serão apresentados quadros referentes aos diferentes domínios em análise, em cada área temática, as categorias e subcategorias identificadas em cada domínio, as unidades de registo e de enumeração encontradas correspondentes, assim como uma unidade de registo exemplificativa de cada categoria e subcategoria.

6.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Idade

Têm idades compreendidas entre 63 e 94 anos, sendo que 1 idoso (8%) se situa na faixa etária entre os 63 – 70 anos, 2 idosos (17%) têm idades compreendidas entre 71 - 78 anos, 4 idosos (33%) incluem-se no intervalo entre 79 - 86 anos e os restantes 5 idosos (42%) entre os 87 – 94 anos.

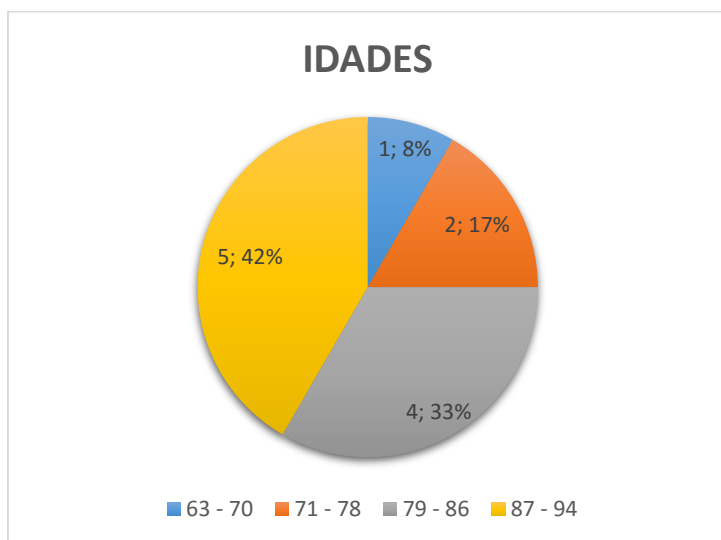


Gráfico 1- Distribuição dos participantes por faixa etária

Género

Os participantes do estudo são 7 (58%) do género feminino e 5 idosos (42%) do género masculino.

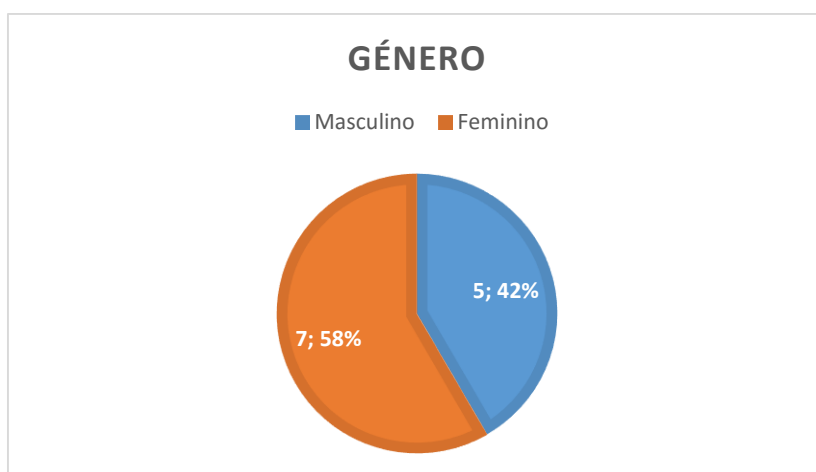


Gráfico 2- Distribuição dos participantes por género.

Naturalidade

Os participantes em estudo são 8 (67%) do concelho do Fundão, 2 (17%) do concelho da Covilhã, 1 (8%) do concelho da Guarda e 1 (8%) do concelho de Mação.

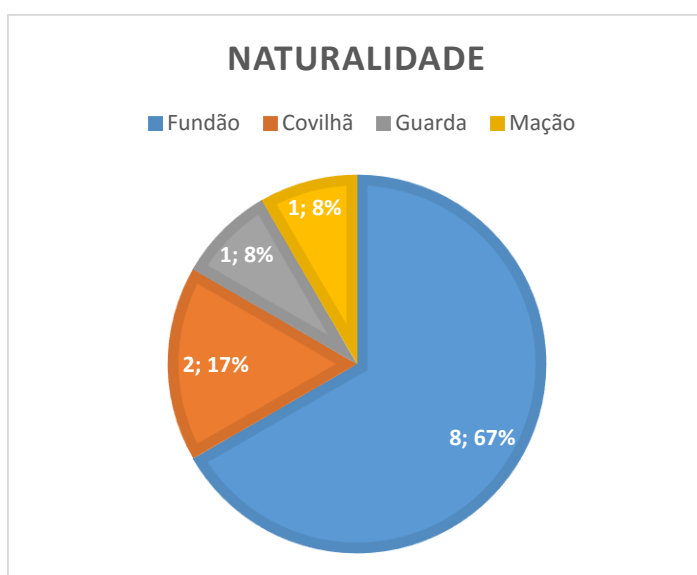


Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por naturalidade

Estado Civil

Seis (50%) dos idosos em estudo estão viúvos, 3 (25%) estão casados, 2 (17%) são solteiros e 1 idoso (8%) está divorciado.

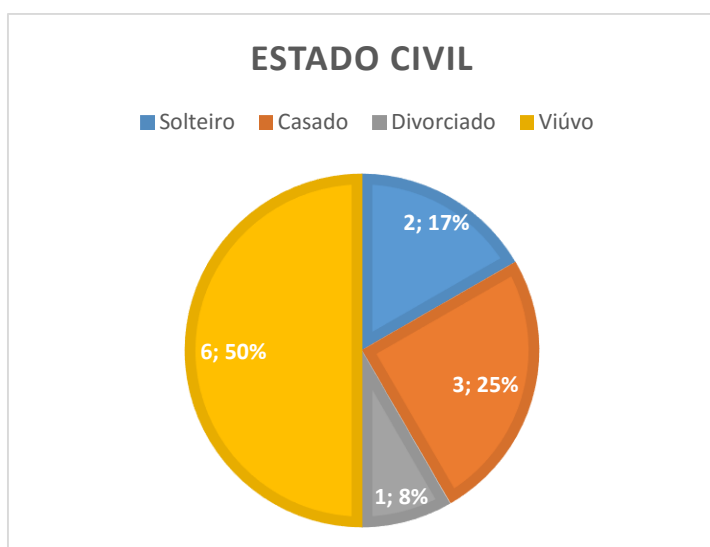


Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por estado civil

Número de Filhos

Em relação ao número de filhos, 1 (8%) dos participantes não tem filhos, depois outro idoso (8%) tem 5 filhos, 2 idosos (17%) têm 3 a 4 filhos e oito idosos (67%) têm 1 a 2 filhos.

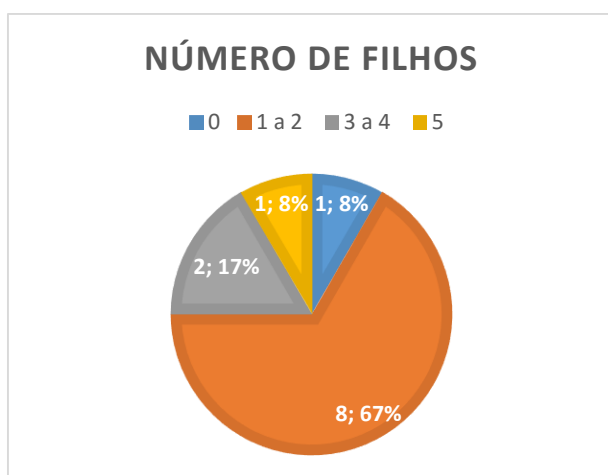


Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por número de filhos

Habilitações Literárias

Pela leitura dos dados observo que 4 (34%) dos idosos são analfabetos, 1 idoso (8%) tem como habilitações literárias a 3ª classe, 6 idosos (50%) têm a 4ª classe e 1 idoso (8%) tem até ao 6º ano.

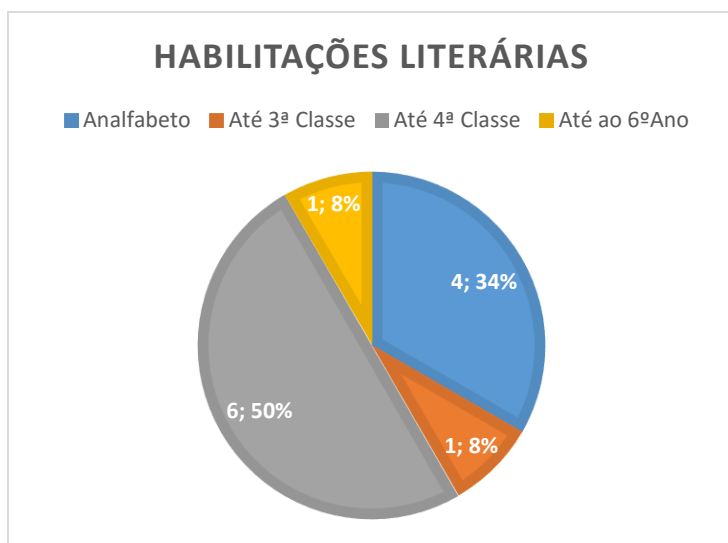


Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por habilitações literárias

Profissão anteriormente desempenhada

Relativamente às profissões dos idosos, verifica-se que a maioria dos idosos eram agricultores (3 idosos), depois segue-se a profissão comerciante e doméstica (com 2 idosos cada uma) e finalmente as profissões pedreiro, auxiliar de saúde, carpinteiro, latoeiro e ferroviário (1 idoso em cada uma destas profissões.)

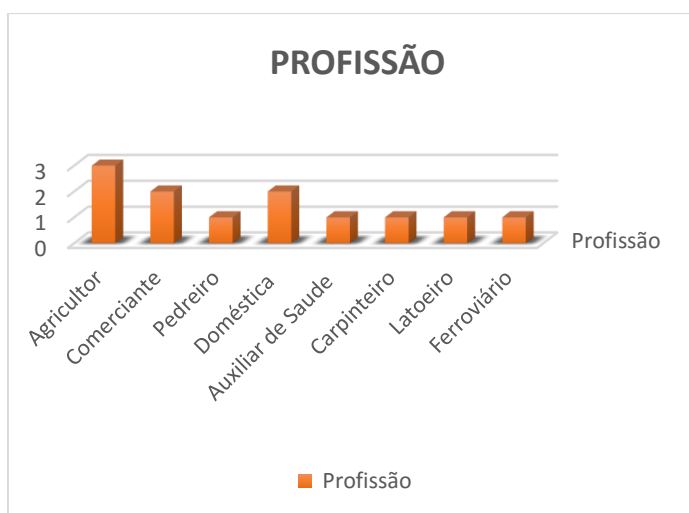


Gráfico 7 - Distribuição dos participantes pelas profissões anteriormente desempenhadas

Motivo que levou a integrar a Instituição

Verifico que 5 idosos (42%) integrou a instituição pois necessitou de auxílio para a realização das AVD'S, 3 (25%) dos idosos integrou o lar devido a viver sozinho e outros 3 idosos (25%) por ter tido AVC, finalmente 1 idosa (8%) devido à morte de familiar, nomeadamente o marido.

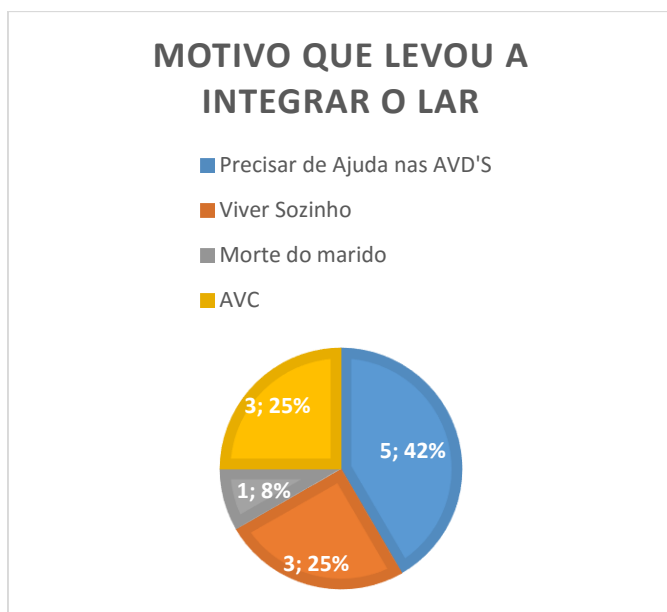


Gráfico 8 - Distribuição dos participantes pelos motivos de integrar o Lar

Origem do Idoso, antes de vir para a Instituição

No que diz respeito à origem do idoso, antes de integrar a instituição, verifico que 6 (50%) dos participantes no estudo residem na própria casa, 3 idosos (25%) estavam na própria casa, mas durante o dia frequentavam já o centro de dia do local de residência, 2 idosos (17%) estavam em casa de familiares e um dos idosos (8%) já residia numa instituição residencial para idosos.

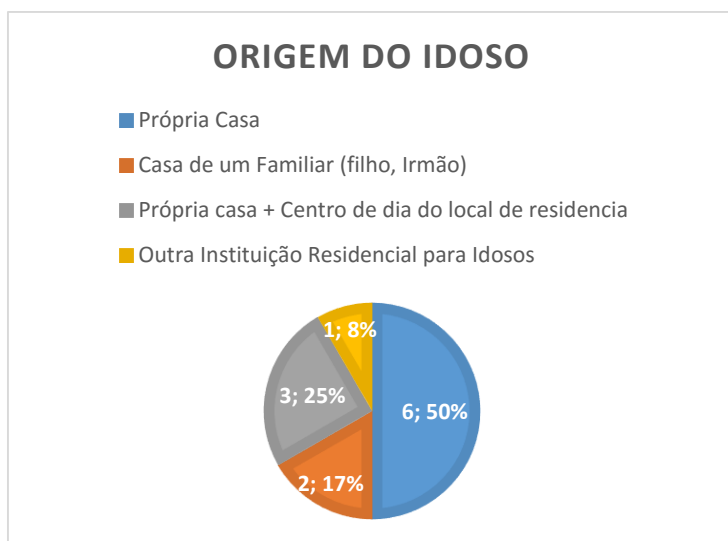


Gráfico 9 - Distribuição dos participantes pela sua origem antes de integrarem o Lar

Tempo de Residência nesta Instituição

Em relação ao tempo de residência dos participantes na Instituição, destaca-se que 5 (41%) dos idosos reside desde a sua abertura, ou seja, há 6 anos, 3 idosos (25%) reside há 3 anos, 2 idosos (17%) residem há 1 ano e outros 2 idosos (17%) residem há menos de 1 ano.

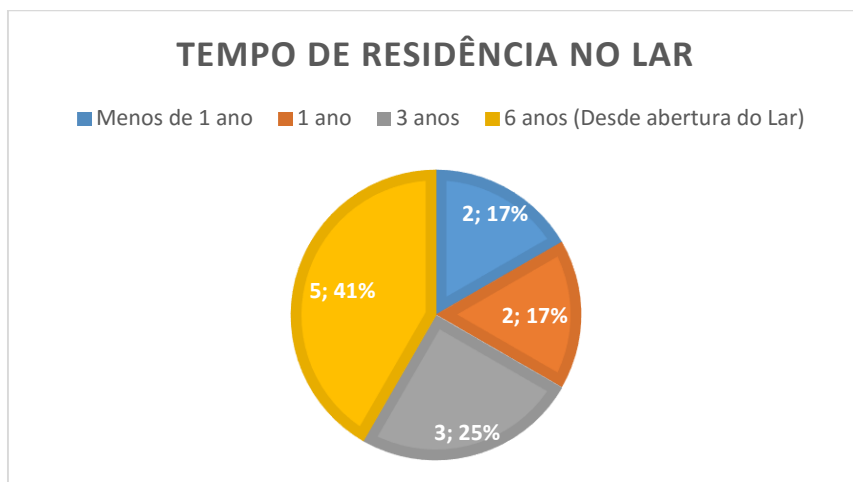


Gráfico 10 - Distribuição dos participantes pelo tempo de residência no Lar

6.2 - VIVÊNCIAS PASSADAS DOS IDOSOS

O termo *vivências*, de acordo com o Dicionário *online* de Português, é um processo psicológico, consciente, no qual o indivíduo atribui uma valorização, emocional e intelectual, ao conhecimento obtido através da experiência vivida. Neste caso, a experiência vivida pelos idosos antes de integrar uma Estrutura Residencial para Idosos. No domínio **Vivências Passadas**, as categorias e subcategorias identificadas estão evidenciadas no Anexo I.

Pela observação do mesmo verifica-se que a maioria dos idosos, cerca de 70% ainda **mantinha a autonomia**, fazendo as **lidas domésticas e a trabalhar no campo**, tendo sido encontradas 10 UR. São exemplos dessas unidades:

“Eu e a minha esposa íamos todos os dias logo de manhã para o campo (...)” (I3)

“Vivia na casa do meu filho e era eu que fazia sempre a comida, limpava a casa, ia às compras e tratava da minha neta.” (I4)

“Tratava da casa, do marido e cultivava no meu quintal.” (I5)

“Vivia na casa do meu irmão, fazia as tarefas domésticas e companhia à minha cunhada.” (I11)

Na categoria **frequentar outra instituição**, verificou-se que um idoso já se encontrava num **Lar** e outros 3 idosos estavam em regime de **Centro de dia**. São exemplos as seguintes opiniões:

“Já a alguns anos que residia num Lar em Lisboa, onde moram os meus filhos (...)” (I6)

“Ia para o centro de dia, todos os dias (...)” (I1)

“Estava no centro de dia de Bogas de baixo (...)” (I2)

O **auxílio nas AVD’S** também foi muito referido, tendo essa opinião sido verbalizada por 60% dos entrevistados, com 7 U.R. Sendo que 4 participantes verbalizaram que o auxílio era prestado pela **esposa e filhos** e os restantes 3 referiram que o auxílio era prestado por **outra pessoa**, sem ser os familiares. Alguns exemplos dessas opiniões:

Tive um AVC, fiquei de cama e era a minha esposa e filhos que me tinham de fazer tudo até vir para o Lar.” (I3)

“Era a minha filha que me vinha todos os dias deitar, pois eu já não podia sozinha.” (I7)

“A minha filha morava ao pé de mim e era ela que já me ajudava a fazer a comida, lavava-me a casa a roupa e também já me dava banho” (I8)

“No centro de dia, as meninas já tinham de me dar banho (...)” (I1)

“Sempre estive na minha casa, mas era ajudado por uma senhora que estava desde manhã até à noite (...)” (I9)

6.3 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

No domínio **processo de envelhecimento**, as categorias identificadas estão evidenciadas no Anexo II.

Pela observação do mesmo quadro verifica-se que 40% dos participantes considera o **processo de envelhecimento** uma **experiência negativa**. São exemplos dessas unidades:

“Nosso Senhor me dê a morte, estou farto de sofrer.” (I1)

“Estou a encarar mal, pois era uma mulher que fazia tudo e de um momento para o outro vejo-me numa cadeira de rodas (...)” (I10)

“Sinto-me triste e impotente por não poder fazer nada para parar este processo.” (I3)

Já 60% dos participantes considera o **processo de envelhecimento** uma **experiência positiva**, tendo sido encontradas sete U.R. São exemplos dessas unidades:

“Viver tal e qual como estou a vivenciar, de forma positiva.” (I11)

“Sinto-me bem, pois graças a Deus tenho tido saúde.” (I9)

“Encaro sempre positivo, o que Deus me dá (...)” (I5)

“Estou a adaptar-me de forma positiva, nem me lembro que tenho 92 anos.” (I4)

Na categoria **Aparecimento de Doenças** 50% dos participantes referirem que com o processo de envelhecimento surgiram novas doenças. São exemplos as seguintes opiniões:

“Tive uma trombose que me deixou sem poder mexer o lado esquerdo.”(I1)

“Tive um AVC. “ (I10)

“A doença mais grave que me apareceu foi o AVC.” (I5)

“Cada vez tenho mais mal e sinto-me sem forças (...)” (I3)

Quanto ao que **poderia melhorar** no processo de envelhecimento, 2 dos participantes referiram que era fundamental contar **com mais apoio dos familiares**, sendo exemplo as seguintes opiniões:

“Ter apoio das minhas filhas e ser acarinhada por ela para ultrapassar o que me aconteceu.” (I10)

“Ter apoio dos meus filhos.” (I3)

Ainda na categoria **poderia melhorar**, 2 participantes pronunciaram-se sobre a **diminuição da medicação**. São exemplos:

“Se não tomasse tantos remédios, vivia melhor (...)” (I1)

“Era não tomar tanta medicação (...)” (I8)

Finalmente ainda no que **poderia melhorar** 40% dos participantes referiu a **ausência de doenças**, sendo ilustrado pelas seguintes U.R.:

“Para mim envelhecer bem era não ter mal.” (I6)

“É viver sem doenças.” (I7)

“Era poder fazer todas as coisas em ter doenças.” (I12)

“Não ter doenças (...)” (I3)

6.4 – PERCEÇÃO RELATIVA À INSTITUCIONALIZAÇÃO

No domínio **percepção relativa à institucionalização**, as categorias identificadas estão evidenciadas no Anexo III.

Descrevendo, a categoria **motivos da institucionalização**, os participantes identificaram a **escolha** de residir no Lar, tendo sido esta a opinião referida por cerca de 33% dos idosos, com quatro U.R., de que são exemplos as seguintes:

“O meu irmão ajudou-me a escolher o Lar, pois sempre tive ideia de ir para um Lar pois não queria estar mais sozinho.” (I2)

“Fui eu que pedi aos meus filhos para vir para o Lar.” (I6)

“Pensei em vir para o Lar assim que morreu a minha mulher, pois estou melhor aqui do que em casa, sozinho.” (I9)

“Sempre pensei em vir para o lar, pois a partir da morte do meu marido, para não ser maltratada pelas minhas filhas o que queria era paz e sossego.” (I10)

Outro dos **motivos da Institucionalização** também referida do a **necessidade**, tendo essa opinião sido verbalizada por 25% dos entrevistados, com 3 U.R. Alguns exemplos dessas opiniões:

“Fui sendo preparado desde que tive o AVC e depois a minha mulher partiu a perna e eu não podia fazer nada sozinho.” (I1)

“Pensei em vir para o lar e depois o meu filho falou comigo pois eu estava a piorar da minha doença, fui conhecer o lar e então fiquei lá.” (I3)

Finalmente, referido também como **motivo da Institucionalização**, foi o **abandono**, aspeto mais referido dos participantes, com aproximadamente de 42%, ficando ilustrado pelas seguintes U.R., identificadas nos discursos dos idosos:

“A minha filha é que decidiu eu vir para o Lar, pois eu não queria. Ela disse que não podia cuidar mais de mim.” (I7)

“Foi a minha cunhada que decidiu eu vir para o Lar, pois eu vivia na casa dela e o meu irmão teve um AVC e ela disse que tinha muito trabalho.” (I11)

“Foi a minha esposa que decidiu a minha vinda, e eu não aceitei bem, mas depois tive de me habituar.” (I12)

“Sempre pedi aos meus filhos para não me levarem para o Lar, mas eles mesmo assim inscreveram-se e disseram que não podiam cuidar de mim.” (I8)

“O meu marido decidiu pôr-me num lar e eu não soube de nada, apenas tive de esperar por vaga. Os meus filhos não queriam, mas depois acabaram por concordar com o pai.” (I5)

Na categoria **Imagem da Instituição**, cerca de 17% dos participantes considera que a instituição tem **excelentes profissionais**, sendo exemplos as seguintes opiniões:

“(...) com excelentes profissionais.” (I3)

“Sempre ouvi dizer muito que o lar tinha empregados muito competentes.” (I7)

Descrevendo a **Imagem da Instituição** como **Boa**, tendo sido referida por 50% dos participantes, com oito U.R., de que são exemplos as seguintes:

“Sempre tive uma imagem boa deste lar.” (I1)

“Era boa e fiquei satisfeita pois assim tenho perto a família e amigos.” (I6)

“Era um Lar bom e tinha boas informações.” (I9)

“Sempre achei que fosse um bom lar.” (I8)

“Tinha a Imagem de ser uma boa Instituição (...).” (I3)

Foi ainda caracterizada a **Imagem da Instituição**, como **harmoniosa**, referida por 8% dos participantes e **acolhedora**, referida por 17% dos participantes. São exemplos as seguintes opiniões:

“Para mim este lar sempre feliz e harmonioso.” (I10)

“Sempre tive na ideia que este lar era muito acolhedor.” (I2)

“Uma instituição muito carinhosa e acolhedora.” (I11)

Ainda quanto à **imagem da instituição**, os nossos participantes referiram **não ter conhecimentos da Instituição**, tendo sido esta a opinião referida por 25% dos idosos, com 3 U.R., de que são exemplos as seguintes:

“Não conhecia o Lar.” (I12)

“Não tinha ideia nenhuma.” (I5)

Na categoria **Expetativas da Institucionalização**, verifica-se que 50% participantes, tinham expetativas **muito positivas**, tendo sido encontradas 10 U.R. Os participantes expressaram as suas opiniões como é evidente nas U.R. ilustrativas:

“Vir para este lar foi o melhor que me aconteceu, pois tratam bem de mim, dão-me apoio, carinho, sabem ouvir. Se estivesse na minha casa, sozinho, já tinha morrido.” (I2)

“Neste lar tratam-me muito bem, sou muito acarinhada e as colegas convivem muito comigo.” (I6)

“Sou muito bem tratada, acarinhada (...)” (I11)

“Ser tratado como sou, ter ao meu dispor os profissionais competentes que temos, estou muito feliz por estar cá.” (I10)

Identificando as **expetativas da Institucionalização**, como **positivas**, estas foram referidas por 25% dos participantes. São exemplo das três U.R. encontradas:

“Sinto que sou tratada de forma adequada.” (I8)

“Tratam de mim e gosto de estar cá.” (I5)

“Tinha expetativas positivas quanto ao tratamento dos doentes que se correspondem à realidade.” (I7)

A Subcategoria **nem positivas nem negativas**, obteve 17%, com 2 participantes, como fica ilustrado no exemplo da UR seguinte:

“Não tinha expetativas.” (I11)

Um participante, cerca de 8%, considera que as **expetativas da institucionalização** são **negativas**, como é apresentado na U.R. abaixo:

“Espera que com a minha vinda para o Lar ficasse recuperado da minha perna e isso não aconteceu.” (I11)

6.5 – PERCEÇÃO RELATIVA ÀS ATIVIDADES DA INSTITUIÇÃO

No domínio **perceção relativa às atividades da instituição**, as categorias identificadas estão evidenciadas no Anexo IV.

Pela observação do quadro, na categoria **atividades que realiza sem ajuda**, todos os participantes, 100%, identifica a subcategoria **alimentar-se**, com 12 U.R; as seguintes U.R. ilustram a categoria:

“A única coisa que ainda faço sozinho é comer.” (I12)

“Só consigo comer sem ajuda.” (I10)

“Consigo comer sem pedir ajuda (...)” (I1)

“Alimento-me sozinha” (I5)

“Ainda como sem ajuda.” (I8)

Nesta categoria, surge ainda a atividade **vestir-se**, com 50% dos participantes, como fica evidente na U.R. seguinte:

“Visto-me sem ajuda (...)” (I8)

A Subcategoria **deambular pelo Lar**, é referida por cerca de 58% dos participantes, com 7 U.R. São exemplos dessas opiniões, as seguintes U.R.:

“Ainda vou fazendo as coisas sozinha como andar com o andarilho, arrumar as minhas coisas, ir ao wc.” (I5)

“(...) ando com ajuda do andarilho.” (I1)

“(...) ando pelo lar sozinha.” (I8)

Ainda nesta categoria, três participantes, (25%) referem que **mantêm a autonomia**, como fica visível nas U.R. seguintes:

“Levanto-me, lavo-me e visto-me sozinha, depois vou fazer as refeições e à noite também faço tudo sem ajuda.” (I6)

“Faço tudo sozinho (...)” (I2)

“Ainda mantenho a minha autonomia nas minhas tarefas do dia-a-dia.” (I11)

Na categoria **atividades que realiza com ajuda**, 42% dos participantes referem que necessitam de ajuda para o **Banho/Cuidados de Higiene** e **Deambular**, como evidenciam as seguintes U.R.:

“Desde que vim para cá que são as meninas que me dão banho.” (I8)

“Auxiliam-me no banho, pois desde que tive a trombose que estou limitado de um lado (...)” (I1)

“Já preciso de ajuda para tomar banho (...)” (I7)

“Ajudam-me no banho (...)” (I5)

“Ajudam-me a dar banho.” (I4)

“Sou auxiliado a andar pelo lar.” (I3)

Metade dos participantes (50%), seis U.E., são da opinião que necessitam de ajuda no **vestir e despir**, recolhendo esta subcategoria seis U.R. de que são exemplo:

“(...) e também preciso de ajuda para me vestirem.” (I1)

“(...) e para me vestir e despir.” (I7)

“(...) e a vestir-me.” (I5)

Toma e preparação da Medicação foi uma subcategoria que emergiu das respostas dos inquiridos, obtendo três U.E. e três U.R. Dois exemplos dessas UR:

“A única coisa em que tenho ajuda é na toma da medicação.” (I2)

“Apenas me auxiliam na preparação da minha medicação, pois já baralho tudo.” (I6)

Dois participantes, obtendo 17% apresentaram a subcategoria, **todas as AVD’S**, uma vez que necessitam de ajuda para todas as AVD’S, conforme as U.R. que podem ser observadas:

“As meninas é que cuidam e mim, levantam-me, lavam-me, passam-me para o cadeirão, vestem-me, mudam-me a fralda ou outras vezes quando peço levam-me ao wc.” (I12)

“Levantam-me de manhã, dão me banho e permaneço todo o dia na cadeira de rodas. São as auxiliares que me levam ao WC e que me levam para a cama e me deitam.” (I10)

Questionados os idosos sobre a participação nas atividades da instituição, a categoria **participação nas atividades da Instituição** obteve respostas que deram origem às subcategorias **sim e não**.

A maioria dos idosos (75%) responderam que sim, recolhendo a subcategoria **sim**, quinze U.R., de que são exemplos:

“Participo em todas as atividades que são proporcionadas” (I4)

“Faço sempre atividades propostas pela animadora.” (I3)

“Costumo pintar, colar, costurar, tudo o que a animadora nos pede. Também faço fisioterapia e participo na ginástica que gosto muito.” (I5)

“Faço as atividades que a animadora nos pede e faço ginástica” (I9)

“Participo sempre nas aulas de ginástica.” (I12)

“Eu faço de tudo um pouco aqui no lar, participo nas atividades da animadora, ajudo a por as mesas, a varrer o refeitório, faço ginástica.” (I11)

“Apenas participo na ginástica.” (I7)

“Faço ginástica, questões de memória, também a animadora faz sempre comemorações de dias.” (I2)

25% dos participantes, verbalizaram que **não** participam nas atividades, conforme as 3 U.R. que podem ser observadas abaixo:

“Não participo em nenhuma atividade, nem mesmo na ginástica pois não sou capaz.” (I10)

“Não participo em nenhuma atividade, pois não tenho cabeça para isso.” (I6)

“Não gosto das atividades do Lar.” (I1)

Na questão colocada, que deu origem à categoria **avaliação das atividades da instituição**, pretendi saber qual a opinião dos idosos sobre as atividades desenvolvidas no lar, sendo que metade dos idosos (50%) consideram que **promovem o convívio**. Esta opinião é manifestada nas seguintes U.R.:

“É muito bom termos estas atividades pois convivemos e conhecemos -nos melhores uns aos outros (...)” (I4)

“Todas as atividades são interessantes e muito boas para conviver com as pessoas.” (I5)

“As atividades facilitam a minha forma de comunicar com as pessoas, e sou mais feliz por estar junto de pessoas em convívio.” (I11)

A subcategoria atividades **organizadas** obteve 42% dos participantes, com cinco U.R., como são exemplos:

“São muito bem organizadas pela animadora (...)” (I4)

“Os funcionários sabem sempre organizar muito bem as atividades que desenvolvem connosco.” (I5)

“A aula de ginástica é sempre muito organizada.” (I7)

Finalmente, as subcategorias **adequadas e inadequadas**, obtiveram 3 U.E. e 2 U.E. respetivamente, veiculando duas diferentes opiniões sobre as atividades da instituição como evidenciam as U.R. apresentadas:

“São adequadas à nossa idade e boas para a nossa saúde.” (I5)

“A ginástica faz-me sempre muito bem e parece que fico mais novo.” (I12)

“Não são adequadas à minha saúde.” (I10)

“As atividades não estão de acordo com o meu estado de saúde.” (I1)

6.6 – PERCEÇÃO RELATIVA AOS SERVIÇOS PRESTADOS

No domínio **perceção relativa aos serviços prestados**, as categorias identificadas estão evidenciadas no Anexo V.

Dentro desta área temática, comecei por obter as opiniões dos participantes sobre as expetativas dos idosos relativamente aos serviços que lhes são prestados, surgindo assim a categoria **expetativas dos serviços prestados**. As respostas obtidas foram agrupadas em três subcategorias: **muito positivas, positivas e nem positivas nem negativas**.

A subcategoria **muito positivas**, foi referida por 42% dos participantes, com cinco U.E. e oito U.R., de que são exemplos:

“As pessoas aqui prestam-me os cuidados muito bem, fazem-me as vontades e ajudam me naquilo que não posso.” (I2)

“Prestam-nos os cuidados de forma excelente, são todos atenciosos connosco.” (I11)

“Estão sempre preocupados com o nosso bem-estar, os cuidados são sempre feitos de melhor forma possível.” (I9)

“É muito bom viver aqui, existe uma grande preocupação para nos servir.” (I5)

“Vive-se muito bem aqui no lar, estão sempre a responder aos nossos pedidos.” (I3)

As expetativas dos serviços prestados foram consideradas **positivas** por 50% dos participantes, tendo obtido seis U.E. e oito U.R. São exemplos:

“Sinto-me cá bem, é tudo bom.” (I8)

“Os serviços são prestados de forma adequada.” (I1)

“Vive-se bem aqui, as doutoras, enfermeira e funcionárias são muito queridas.” (I6)

“Os serviços são prestados de forma positiva.” (I12)

“Penso que nos prestam os cuidados de forma adequada.” (I10)

“Os serviços prestados estão adequados e adaptados a nós.” (I4)

E por último, **as expetativas dos serviços prestados, nem são positivas nem negativas** por um único participante, sendo a U.R. a seguinte:

“Os serviços são prestados de forma normal.” (I7)

Descrevendo os **pontos positivos dos serviços prestados**, os participantes referiram que a **Equipa técnica e funcionários são bons, carinhosos e preocupados**, tendo sido esta a opinião mais referida, por cerca de 83% dos idosos, com doze U.R., de que são exemplos as seguintes:

“Funcionários bons (...)” (I4)

“(...) boa equipa técnica, (...)” (I3)

“Os funcionários são bons, (...)” (I5)

“Somos bem tratados e acarinhados no geral.” (I10)

“Somos tratados muito bem por todos os funcionários, (...)” (I9)

“(...) e uma grande preocupação por toda a equipa em nos prestarem os melhores cuidados.” (I12)

“(...) profissionais muito bons” (I7)

“A Doutora e a auxiliares são muito boas.” (I6)

“(...) existe ajuda e carinho por parte das funcionárias, equipa técnica.” (I2)

“(...) as funcionárias são boas, (...)” (I9)

Outros dos pontos positivos foi a existência de uma **boa equipa de saúde**, sendo referido por cerca de 17% dos entrevistados, com 2 U.R. São exemplos dessas opiniões:

“Os cuidados e saúde são ótimos.” (I11)

“A enfermeira, psicóloga e a médica são muito boas para nós.” (I6)

Os **Bons cuidados de higiene dos idosos**, foi também referido por 25% dos participantes, sendo ilustrado pelas 3 U.R.:

“(...) temos boas condições de higiene (...)” (I12)

“(...) a nossa higiene é muito cuidada.” (I11)

“(...) andamos sempre limpos e bem lavados.” (I8)

A subcategoria **Boas e adequadas infraestruturas e equipamentos do Lar** foi pronunciada por metade dos participantes (50%), estando presente em seis U.R., como são apresentadas a seguir:

“(...) boas condições das infraestruturas (...)” (I4)

“(...) as instalações estão adequadas a nós.” (I9)

“Condições do lar muito boas.” (I7)

“Equipamentos e infraestruturas muito boas.” (I11)

“(...) boas instalações do lar.” (I2)

“O lar tem muito boas condições.” (I8)

Ainda em relação aos pontos positivos, a subcategoria **alimentação boa**, foi referida por oito participantes, cerca de 70%, estando esta opinião evidente nas seguintes 8 oit U.R. ilustradoras da subcategoria:

“(...) boa alimentação.” (I4)

“(...) a alimentação também é boa.” (I3)

“(...) a comida é boa.” (I5)

“(...) a comida é muito boa, (...)” (I9)

“A alimentação é boa, (...)” (I12)

“A comida é boa, (...)” (I11)

“A comida também é muito boa.” (I6)

“A alimentação é boa, (...)” (I2)

Foi ainda identificada a categoria **pontos negativos da prestação de serviços**. Verificou-se que 4 participantes (33%) consideram que os **funcionários não são disponíveis e que prestam cuidados à pressa**, com quatro U.R., que se apresentam em seguida:

“As auxiliares prestam cuidados por vezes à pressa.” (I3)

“Por vezes algumas funcionárias não nos tratam da melhor forma, são muito apressadas.” (I12)

“Certas auxiliares não têm às vezes tempo para conversar comigo.” (I11)

“Existe falta de atenção por parte de algumas funcionárias, e por vezes as funcionárias à noite são muito barulhentas e acordam-nos.” (I1)

Por sua vez, a subcategoria **ausência de um ambiente semelhante ao de casa** foi verbalizado por 25% dos entrevistados, com as três U.R. que são apresentadas abaixo:

“Não ter certas coisas que tenho na minha casa.” (I5)

“(...) não ter tudo o que tenho na minha casa.” (I7)

“Não ter as minhas coisas de casa.” (I8)

Não poder sair do lar foi uma subcategoria que emergiu das respostas dos inquiridos, obtendo dois U.E. e dois U.R. tal como se apresenta abaixo:

“Não poder sair quando quero, (...)” (I7)

“(...) não poder passear no exterior quando quero.” (I6)

Um dos idosos, referiu que há **falta de companheirismo** no Lar, tal como pode ser observada na U.R.:

“Falta de companheirismo (...)” (I6)

6.7 – PERCEÇÃO RELATIVA AOS FUNCIONÁRIOS

No domínio **perceção relativa aos funcionários**, as categorias identificadas estão evidenciadas no Anexo VI.

Dentro deste domínio, comecei por obter as opiniões dos participantes sobre o modo como os funcionários lhes prestam cuidados, dando assim origem à categoria **avaliação da prestação de cuidados pelos funcionários**. As respostas obtidas foram agrupadas em quatro subcategorias: **muito bons, bons, suficientes e deficitários**.

A opinião de que a prestação de cuidados pelos funcionários era **muito boa** surgiu em cinco participantes, 42%, com oito U.R., das quais apresentamos alguns exemplos:

“Fazem-nos os cuidados de forma competente e profissional. Estão sempre prontos para nos atender.” (I4)

“As funcionárias são muito agradáveis, competentes, profissionais, que estão sempre prontas para nos atender.” (I9)

“As auxiliares realizam os cuidados de forma cuidada, estão sempre disponíveis e prontas. São muito boas profissionais.” (I11)

“As meninas são muito boas, competentes, muito preocupadas connosco e sempre muito disponíveis.” (I6)

“Estou muito satisfeito pela forma como sou cuidado, pois fazem-me as vontades e ajudam-me sempre que peço.” (I2)

Quatro participantes, 33%, são da opinião que a prestação de cuidados pelos funcionários é **boa**, tendo sido encontradas em seis U.R. Alguns exemplos:

“A maioria das funcionárias presta-me os cuidados bem. Demonstram disponibilidade para me atender.” (I5)

“Trabalham todas bem. Mas só algumas é que são mais atenciosas para mim.” (I10)

“Os cuidados são bem prestados, as funcionárias são simpáticas, carinhosas e muito prontas.” (I12)

“Sou bem tratada pelas funcionárias, são preocupadas comigo, atendem me sempre que podem, a maioria delas são competentes.” (I8)

A Subcategoria **suficiente**, foi referida por 2 idosos, obtendo 2 U.E. e 4 U.R., que são exemplos:

“Prestam os cuidados de forma razoável. Às vezes tenho de esperar muito para me virem tratar.” (I3)

“Algumas funcionárias prestam os cuidados mais ou menos, mas nem sempre se mostram prontas para me atender.” (I7)

Um dos participantes, referiu que a prestação de cuidados pelos funcionários é **deficitária**, subcategoria que obteve duas U.R., tal como é apresentado:

“Para mim os cuidados não são bem prestados pois às vezes fazem os cuidados á pressa e sem qualidade. Dizem que tenho de esperar quando me vou deitar, pois ainda é muito cedo.” (I1)

Da questão colocada aos idosos, sobre o nível de conhecimentos que os funcionários têm, surgiu a categoria **nível de conhecimentos dos funcionários**. As respostas obtidas organizaram-se em torno de duas subcategorias: **bons e suficientes**.

Mais de metade dos participantes (83%) tem a opinião de que os funcionários têm **bons** conhecimentos; pelo que obtive dez U.E. e doze U.R., de que são exemplos:

“Têm bons conhecimentos, pois muitas vezes são eles que nos socorrem.” (I4)

“Noto que algumas têm muitos conhecimentos.” (I5)

“Umas têm bons conhecimentos (...)” (I10)

“Têm muito bons conhecimentos para responder às nossas perguntas.” (I9)

“Possuem bons conhecimentos e competências.” (I12)

“Têm muitos conhecimentos e algumas até fizeram estudos sobre os idosos.” (I11)

“Umas têm bons conhecimentos (...)” (I7)

“Revelam ter muitos conhecimentos, que os usam sempre para nos ajudar no nosso dia-a-dia.” (I6)

A subcategoria conhecimentos **suficientes** obteve dois U.E. e dois U.R., indicando a opinião dos participantes acerca dos conhecimentos que os funcionários da instituição têm. São exemplos das U.R. obtidas:

“Algumas têm conhecimentos, outras nem tanto.” (I3)

“Há umas melhores que as outras, por isso algumas devem ter alguns conhecimentos.” (I1)

Em relação à categoria **postura e fardamento dos funcionários** todos os entrevistados verbalizar que os funcionários da instituição têm uma postura e fardamento **adequados**, obtendo esta subcategoria doze U.E. e catorze U.R., sendo alguns exemplos os seguintes:

“Apresentam sempre uma postura cuidada.” (I4)

“Têm uma boa postura.” (I3)

“Andam sempre cuidadas e bem fardadas.” (I5)

“(...) ótima postura.” (I9)

“Apresentam postura adequada ao local de trabalho.” (I12)

“A postura das auxiliares é correta.” (I2)

6.8 – PERCEÇÃO RELATIVA À SATISFAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO

A percepção dos idosos relativamente à satisfação com a sua alimentação foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, duas categorias: **Boa, adequada e equilibrada** e **poderia melhorar**, como fica evidenciado no anexo VII.

A categoria **Boa, adequada e equilibrada** emergiu da opinião da maioria dos participantes sobre a alimentação na instituição (83%), sendo apresentada em dez U.E. e catorze U.R. São exemplos as seguintes U.R.:

“A comida é boa, variada e muito bem-feita. Gosto muito das refeições.” (I1)

“A alimentação é boa e adequada a cada pessoa. Já sabem que eu não posso comer feijão verde e quando fazem para mim tenho outra opção.” (I2)

“A comida é boa e adequada para mim.” (I11)

“A alimentação aqui no lar é muito boa, equilibrada e adequada a cada pessoa.” (I12)

“A comida aqui não podia ser melhor.” (I9)

“A comida é ótima e muito variada.” (I10)

“A alimentação é saudável e muito boa.” (I5)

“A alimentação é muito diversificada e muito boa.” (I4)

No que diz respeito à categoria **poderia melhorar**, cerca de 18% dos participantes referiram que **os lanches** podiam ser melhorados, surgindo em dois idosos, com dois U.R. que são aqui apresentadas:

“Ao lanche podia não ser sempre cereais e bolachas e incluir o pão.” (I8)

“O lanche é que podiam incluir o pão.” (I6)

6.9 – PERCEÇÃO RELATIVA À SEGURANÇA

Quanto ao domínio **percepção relativa à segurança** na instituição, as opiniões dos foram agrupadas em torno de duas categorias conforme evidenciado no anexo VIII.

Questionados os idosos sobre a existência de alguma situação de medo na instituição, a categoria **situação de medo no Lar** obteve respostas que deram origem às subcategorias **sim e não**.

Com cerca de 67%, a maioria dos idosos responderam que não houve qualquer situação que despertasse medo, recolhendo a subcategoria **não** oito U.R., de que são exemplos:

“Não sinto medo de estar aqui, sinto-me muito bem.” (I4)

“Sinto-me como se estivesse em casa.” (I9)

“Não tenho medo nenhum de estar aqui, apenas sinto saudades da minha família.” (I11)

“Gosto muito de estar cá e nunca tive medo.” (I8)

33% dos participantes, ou seja, quatro idosos verbalizaram que já sentiram medo, referido **sim** conforme as U.R. que podem ser observadas abaixo:

“Tenho medo de estar sozinha no quarto, por isso quero sempre dormir com a porta aberta.” (I5)

“De noite oiço barulhos que me fazem ficar um pouco com medo e assustado.” (I3)

“Nos fins-de-semana quando vêm os utentes de centro de dia tenho medo de alguns homens.” (I6)

“Já senti medo, pois o meu colega de quarto desligava-me a luz do quarto e fechava a porta e eu senti muito medo.” (I2)

Na categoria **pertences assegurados** verifica-se que a larga maioria dos participantes, 75%, considera que os seus pertences no lar estão assegurados, apresentando a subcategoria **sim**, nove U.R. e nove U. E. As seguintes UR ilustram a subcategoria:

“Sei que tenho tudo guardado e que ninguém mexe em nada aqui no lar.” (I5)

“Ninguém mexe em nada aqui no lar, é toda a gente de confiança.” (I4)

“As minhas coisas estão todas no meu quarto e ninguém mexe em nada.” (I9)

“Tenho tudo arrumado no meu quarto e ninguém toca em nada sem a minha permissão.” (I11)

“Tenho os meus pertences assegurados.” (I6)

“Nunca me faltou nada.” (I8)

Nesta categoria, surgiram ainda três U.E. referindo-a como **não** (os pertences não estão assegurados), como fica evidente nas U.R. seguintes:

“Por vezes falta-me roupa e depois vejo-a vestida em outras pessoas.” (I3)

“As minhas coisas têm desaparecido, quando vim para o lar roubaram-me peças de roupa e ouro. Agora há pouco tempo roubaram-me um fio que era do meu marido e uns brincos.” (I10)

“A minha roupa por vezes não aparece e sei que é trocada e que vestem-me roupa que não é minha.” (I1)

6.10 – PERCEÇÃO RELATIVA AOS RELACIONAMENTOS

Quanto ao domínio **perceção relativa aos relacionamentos** na instituição, as opiniões dos foram agrupadas em torno de duas categorias conforme evidenciado no anexo IX.

Dentro deste domínio, comecei por obter as opiniões dos idosos sobre o modo como se relacionam com os outros utentes e funcionários, dando assim origem à categoria **relação do idoso com os outros idosos e funcionários**. As respostas obtidas foram agrupadas em quatro subcategorias: **muito boa, boa, satisfatória e deficitária**.

Verifica-se que 3 participantes, 25%, consideram que a sua **relação com os outros idosos e funcionários** é **muito boa**, com 4 U.R. As seguintes U.R. ilustram a categoria:

“Tenho muita boa relação com todos.” (I8)

“Dou-me muito bem com todos, não me meto com ninguém, tento brincar e conversar com os meus colegas.” (I11)

“Tenho amigos neste lar, dou-me muito bem com todos.” (I5)

A larga maioria dos participantes, cerca de 67%, considera que têm uma **boa relação com os outros idosos e funcionários**, apresentando a subcategoria **boa**, oito U.R. e oito U. E. As seguintes UR ilustram a subcategoria:

“Dou-me bem com os utentes e com os funcionários.” (I1)

“Com os funcionários dou-me bem, (...)” (I2)

“Praticamente dou-me bem com todas as pessoas daqui do Lar.” (I6)

“Dou-me bem com todos.” (I7)

“A relação com os funcionários é boa.” (I12)

“Tenho uma boa relação com os utentes e funcionários.” (I9)

“Tenho uma boa relação com as funcionárias do lar.” (I4)

“Dou-me bem com os funcionários e com os meus colegas.” (I3)

A subcategoria **satisfatória** obteve 3 U.R e 3 U.E, tendo sido referida por três idosos, como se evidenciam na U.R. abaixo:

“(...) com os outros utentes há dias que falo mais que outros.” (I12)

“Dou-me de forma razoável com todos, pois não sou de muitas falas.” (I10)

“Converso mais com algumas utentes do que com outras. Costumo falar mais e dou me melhor com as utentes que estão na sala onde fazemos as atividades.” (I4)

Apenas um participante indicou que a sua **relação com os outros idosos e funcionários** é **deficitária**, como fica ilustrado no exemplo da U.R. seguinte, obtida naquela subcategoria:

“(...) com os utentes falo pouco devido às limitações.” (I2)

Em relação à categoria **preocupação do lar com as visitas dos utentes** todos os entrevistados verbalizaram que o lar **é facilitador e agradável com as visitas dos utentes**, obtendo esta subcategoria doze U.E. e catorze U.R., sendo alguns exemplos os seguintes:

“O meu filho só pode vir ao fim da tarde e eles deixam-no entrar.” (I1)

“As minhas filhas por vezes vêm fora da hora das visitas e deixam-nas entrar.” (I8)

“O lar gosta de ver os utentes com visitas e assim deixa entrar as pessoas mesmo não sendo o horário. O meu irmão já entrou no lar à noite só para ver se estava tudo bem comigo.” (I2)

“Eles proporcionam sempre que os meus familiares me visitem mesmo que venham a outras horas.” (I6)

“A minha filha vem sempre o fim do dia, todos os dias e deixam-na sempre entrar para poder estar comigo.” (I7)

“O lar é muito agradável com as visitas, muitas vezes para não estarmos no meu quarto ou na sala de convívio cedem-nos salas para estarmos mais confortáveis e para termos mais privacidade.” (I11)

“Deixam sempre entrar os meus familiares mesmo que seja fora da hora das visitas.” (I9)

“Aqui neste lar não se pode dizer que há hora de visitas, pois podem vir a qualquer hora que deixam entrar.” (I4)

“Deixam entrar a minha família mesmo fora do horário das visitas, pois é muito valorizado neste lar a presença a família.” (I3)

6.11 – PERCEÇÃO RELATIVA À PRIVACIDADE

A perceção dos idosos relativa à privacidade foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, duas categorias: **respeito pela privacidade** e **o que poderia melhorar**, como fica evidenciado no anexo X.

Questionados os idosos sobre os aspetos que mais valoriza na sua privacidade e se os mesmos são respeitados nesta instituição, a categoria **respeito pela privacidade** obteve respostas que deram origem às subcategorias **sim**, **não** e **não tem opinião**.

Metade (50%) dos participantes, seis U.E., são da opinião que existe **respeito pela privacidade**, recolhendo a subcategoria **sim**, dez U.R., de que são exemplo:

“Quando quero estar só com as minha visitas deixam-me estar em se intrometerem, sendo respeitada a minha privacidade.” (I8)

“Na maioria das vezes respeitam minha privacidade.” (I6)

“Considero que existe um grande respeito neste lar.” (I7)

“Claro que há privacidade neste lar. Não nos tratam por este ou aquele nem pelo numero de quarto, mas sim pelo nosso nome e de forma carinhosa. Deixam-nos à vontade no nosso quarto.” (I11)

“É tudo respeitado no que diz respeito à privacidade.” (I9)

“Têm me respeitado sempre até hoje.” (I10)

A subcategoria **Não**, que emergiu das respostas de quatro inquiridos, obteve quatro U.E. e quatro U.R. São exemplos dessas U.R.:

“É complicado haver privacidade para mim, pois estou dependente de pessoas que não são da minha família.” (I5)

“Não respeitam a minha privacidade, pois não me deixam estar só no quarto e entram pelo meu quarto sem perguntar (...)” (I1)

“Por vezes não respeitam a minha privacidade pois não me deixam estar só o WC e apressam-me (...)” (I2)

“Neste local é difícil termos privacidade, pois há sempre pessoas a entrar e a sair.” (I3)

Dois participantes referiram **não ter opinião** sobre o **respeito pela privacidade**, conforme a U.R. que podem ser observadas abaixo:

“Não me importo com estas questões pois devido à minha doença preciso de apoio de todas as pessoas.” (I12)

“Não tenho nada que me preocupe com a privacidade.” (I4)

No que diz respeito à categoria **o que poderia melhorar**, surgiu a necessidade de organizar as respostas nas subcategorias emergentes dos discursos: **não emitir comentários sobre os utentes, bater à porta e fechar a porta**.

A opinião de que o respeito pela privacidade **poderia melhorar sem a omissão de opiniões sobre os utentes** por parte dos funcionários, surgiu em dois entrevistados, 17%, com dois U.R. as quais apresento de seguida:

“Não gosto que falem e riem de mim quando me estão a cuidar.” (I5)

“Não gosto que façam troça de mim nem que façam brincadeiras.” (I3)

O que poderia melhorar ao bater à porta, foi referido por três participantes, 25%, encontradas em três U.R. e três U.E. São exemplos as U.R.:

“(...) entram pelo meu quarto sem perguntar e sem baterem à porta, o que para mim é falta de respeito.” (I1)

“(...) também não batem à porta o que me incomoda.” (I2)

“Por vezes as meninas da limpeza entram no WC sem bater à porta e eu gosto de estar sozinha sem ser interrompida no WC.” (I6)

Dois participantes, 17%, são da opinião que o respeito da privacidade **poderia melhorar ao fechar a porta**, isto é, os funcionários prestarem cuidados aos idosos, mas com as portas fechadas, tendo sido encontradas estas opiniões nas U.R. seguintes:

“Quando me mudam a fralda ou me dão banho gosto que a porta esteja fechada e isso não acontece.” (I3)

“Quando me realizam os cuidados de higiene gosto de ter a porta fechada e isso não é respeitado.” (I1)

6.12 – PERCEÇÃO RELATIVA À AUTONOMIA

A perceção dos idosos relativa à autonomia foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, três categorias: **AVD’S que faz autonomamente**, **AVD’S que faz com ajuda e poder de decisão**, como fica evidenciado no anexo XI.

Em relação à categoria **AVD’S que faz autonomamente**, os dados relacionados com esta categoria foram sistematizados nas seguintes subcategorias: **alimentação, vestir, movimentar e todas as AVD’S**.

Verifica-se que todos os participantes, 100%, identifica a subcategoria **alimentação** como aquela atividade que fazem autonomamente, com 12 U.R; as seguintes U.R. ilustram a categoria:

“Como sozinha.” (I5)

“Ainda como sem ajuda (...)” (I8)

“(...) como sozinha.” (I7)

“A única coisa que faço sozinho é comer.” (I12)

“Alimento-me sem ajuda (...)” (I9)

“Só como sozinha (...)” (I10)

“(...) consigo comer.” (I4)

“Como sozinho (...)” (I3)

Surge a subcategoria **vestir**, com metade (50%) dos participantes, como fica evidente nas U.R. seguintes:

“Visto-me sem ajuda (...)” (I8)

“Consigo vestir e despir, (...)” (I4)

“(...) visto-me sem ajuda.” (I9)

A subcategoria **movimentar**, é referida por cerca de 58% dos participantes, com 7 U.R. São exemplos dessas opiniões, as seguintes U.R.:

“Ando sem ajuda (...)” (I8)

“Vou sem ajuda à casa de banho (...)” (I7)

“Consigo andar pelo lar, ir ao wc.” (I4)

“(...) ando pelo lar.” (I9)

“Andar com o andarilho, ir ao wc (...)” (I1)

Ainda nesta categoria, três participantes, (25%) referem que mantêm a autonomia em **todas as AVD’S**, como fica visível nas U.R. seguintes:

“Faço a minha higiene, como, vou ao WC e arrumo as minhas coisas.” (I6)

“Ainda vou fazendo as coisas sozinho (...)” (I2)

“Mantenho-me ainda autónoma, sem precisar de ajuda.” (I11)

Na categoria **AVD’s que faz com ajuda** estas foram agrupadas em duas subcategorias: se **é incentivado a participar** ou se **não é incentivado a participar** na realização das AVD’S.

A maioria dos participantes, 67%, são da opinião que na realização das **AVD’S que faz com ajuda, são incentivados a participar** nas mesmas pelas funcionárias que

lhes prestam cuidados, com doze U.R. e oito U.E. Estas opiniões podem ser observadas pelas U.R. abaixo:

“Ajudam-me a andar na fisioterapia e ajudo também a vestir a tomar banho, a lavar as partes do corpo que consigo.” (I5)

“Sou incentivada a participar no banho a lavar as partes que consigo, como a cara, os braços.” (I8)

“(...) mas no banho as auxiliares dão sempre uma vista de olhos, eu faço tudo sozinho, mas elas vêem se está a ser bem feito.” (I2)

“Sou vigiada no banho, para ver se faço bem as coisas.” (I6)

“No banho dão me uma manápula e sou incentivado a lavar a cara; ajudo nas transferências para o cadeirão e para a cama.” (I12)

“Preciso de ajuda no banho, mas participo a lavar e a secar as partes do corpo que consigo.” (I9)

“Ajudam-me no banho, mas eu lavo o peito, a cara, as orelhas, os braços, também limpo estas partes.” (I4)

“Sou ajudado no andar e participo no que o fisioterapeuta manda.” (I3)

Quatro entrevistados, 33%, são da opinião que **não são incentivados a participar** na realização das AVD'S, com quatro U.R. e quatro U.E. São exemplos as U.R.:

“Preciso de ajuda a tomar banho e para me vestir e são as auxiliares que fazem tudo.” (I7)

“Estou totalmente dependente das pessoas, preciso que me façam tudo: dar banho, vestir, mudar para a cadeira, mudar a fralda. São as auxiliares que me fazem tudo.” (I10)

“Preciso de ajuda no banho e são sempre elas que me dão e eu não faço nada, pois, o banho é sempre muito rápido (I1)

“Sou ajudado no banho e as auxiliares é que me fazem tudo.” (I3)

Questionados sobre se ainda têm **poder de decisão**, os participantes dividiram-se relativamente a esta categoria, sendo que metade dos participantes (50%) responderam que **sim** e a outra metade **não**, com seis U.E e dez U.R. ambas as subcategorias. São exemplos as U.R. seguintes:

- “Sou eu que decido o que visto todos os dias e os passeios que dou no lar.” (I8)*
- “Eu é que tiro do armário o que quero vestir. Também decido o que quero fazer no dia-a-dia, ou faço renda ou vou passear, converso (...)” (I6)*
- “Eu é que escolho a minha roupa.” (I7)*
- “Eu decido o que visto, o que fazer no meu dia-a-dia, mas também aceito a opinião dos outros.” (I11)*
- “Decido o que quero vestir, pois as auxiliares têm sempre a preocupação de me perguntarem o que quero vestir.” (I9)*
- “Eu preparo a minha roupa.” (I10)*
- “As auxiliares é que me preparam a roupa, a comida.” (I5)*
- “São as funcionárias que decidem o que visto e o que como.” (I2)*
- “As auxiliares é que decidem o que eu visto e o que como.” (I12)*
- “Não decido nada, consideram que já não tenho esse direito.” (I10)*
- “Não decido nada neste lar.” (I1)*
- “As auxiliares é que deixam a minha roupa preparada e a comida é igual para todos.” (I3)*

6.13 – PERCEÇÃO RELATIVA À DIGNIDADE

A percepção dos idosos relativa à dignidade foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, duas categorias: **respeito pela dignidade** e **o que poderia melhorar**, como fica evidenciado no anexo XII.

Questionados os idosos sobre se é respeitada a sua dignidade, a categoria **respeito pela dignidade** obteve respostas que deram origem às subcategorias **sim**, **não**.

A maioria dos participantes (67%), oito U.E., são da opinião que existe **respeito pela dignidade**, recolhendo a subcategoria **sim**, dez U.R., de que são exemplo:

- “Sou muito respeitada neste Lar.” (I4)*
- “Há muito respeito pelos idosos neste lar. Estão sempre disponíveis e preocupados connosco.” (I9)*
- “Sou respeitada por todos.” (I11)*
- “Há respeito.” (I12)*
- “Elas respeitam-nos muito e são de muita confiança.” (I6)*

“Respeitam muito a minha pessoa, pois já falei sobre situações pessoais e ninguém veio a saber.” (I2)

“Sou respeitada na minha dignidade.” (I8)

“Sou respeitada.” (I5)

A subcategoria **Não**, que emergiu das respostas de quatro inquiridos, obteve quatro U.E. e quatro U.R. São exemplos dessas U.R.:

“Por vezes não há respeito, pois fazem brincadeiras e riem nas nossas costas.” (I3)

“Não sinto que é respeitada a minha dignidade (...)” (I1)

“Não têm respeito por mim, até já uma funcionária me chamou nomes.” (I10)

“Não sinto respeito por parte dos funcionários.” (I7)

No que diz respeito à categoria **o que poderia melhorar**, surgiu a necessidade de organizar as respostas em duas subcategorias: **os funcionários serem compreensíveis e os funcionários serem confiáveis**.

A opinião de que o respeito pela dignidade **poderia melhorar se os funcionários fossem mais compreensíveis**, surgiu em dois entrevistados, 17%, com quatro U.R. as quais apresento de seguida:

“Os funcionários podiam ser mais compreensíveis connosco.” (I3)

“A funcionária chamou-me nome e disse que eu não queria fazer nada. Estão sempre com a pressa e não vêem que tenho problemas.” (I10)

Dois outros participantes (17%) referiram que **poderia melhorar se os funcionários fossem mais confiáveis**, com três U.R. São exemplo as seguintes U.R.:

“(...) não tenho confiança nos funcionários, pois sinto que quando se juntam todas falam de mim.” (I1)

“Não têm paciência para as nossas coisas e se contamos alguma coisa da nossa vida toda a gente vem a saber.” (I7)

6.14 – PERCEÇÃO RELATIVA À INDIVIDUALIDADE

A percepção dos idosos relativa à individualidade foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, duas categorias: **opinião dos idosos sobre o que os funcionários e os outros idosos pensam de si e interesses e desejos dos idosos**, como fica evidenciado no anexo XIII.

Questionados os idosos sobre o que os outros idosos e funcionários pensam de si, a categoria **opinião dos idosos sobre o que os funcionários e os outros idosos pensam de si**, obteve respostas que deram origem às subcategorias: **pessoa humilde e que não se mete em conflitos, pessoa boa e amiga, pessoa respeitadora e não sabe**.

42% dos participantes, cinco U.E., são da opinião que a opinião dos outros idosos e funcionário sobre si é que é uma **pessoa humilde e que não se mete em conflitos**, recolhendo esta subcategoria, cinco U.R., de que são exemplo:

“Pensam que sou uma pessoa humilde e eu não me meto com ninguém.” (I3)

“Que não me meto em confusões” (I10)

“(...) não me meto em conflitos.” (I11)

“Que não me meto com ninguém e que está sempre tudo bem para mim.” (I12)

“Acho que me consideram uma pessoa simples.” (I2)

A subcategoria **pessoa boa e amiga** foi referida por 25% dos participantes, com três U.R. e três U.E. São exemplos:

“Acho que me consideram uma boa pessoa e amiga de todos.” (I4)

“Penso que me consideram uma pessoa agradável e amiga.” (I6)

“Dizem que sou boa pessoa.” (I5)

Dois participantes referiram a subcategoria **pessoa respeitadora**, com dois U.E. e dois U.R. conforme a U.R. seguintes:

“Dizem que sou uma pessoa que respeita todos.” (I9)

“Acham que respeito todos.” (I8)

Outros dois participantes referiram **não saber** a opinião que os outros idosos e funcionários têm deles, conforme U.R. apresentadas abaixo:

“Não sei o que pensam de mim.” (I1)

“Não tenho ideia nenhuma.” (I7)

A categoria **interesses e desejos dos idosos** foi agrupada em três subcategorias: **valorizados pelo lar, não valorizados pelo lar e sem opinião**.

A maioria dos participantes, 83%, dez U.E., são da opinião que os **interesse e desejos dos idosos** são **valorizados pelo lar**, com dez U.R., de que são exemplo:

“Sempre que podem tentam satisfazer os meus desejos.” (I3)

“Sempre que preciso de algo falo com a Diretora do lar e ela resolve sempre.” (I1)

“Se eu pedir alguma coisa, sou logo atendida.” (I4)

“Quando necessito de algo falo com a doutora do lar e ela tenta sempre ajudar me nos meus pedidos.” (I10)

“Tentam sempre satisfazer os meus pedidos, só se for de todo impossível.” (I9)

“Concretizam sempre os meus desejos.” (I11)

“Quando faço alguma pergunta ou peço alguma coisa tentam sempre ajudar-me.” (I12)

“Estão sempre a satisfazer os meus pedidos (...)” (I6)

“Fazem-me sempre as vontades.” (I2)

“Acedem aos meus pedidos sempre que possível.” (I8)

Um participante, referiu que os seus interesses e desejos **não são valorizados pelo lar**, como se pode observar na U.R. seguinte:

“Quando peço alguma coisa dizem que não podem ou que não é com elas.” (I7)

Um outro participante referiu **não ter opinião** sobre a questão colocada, como se evidencia na U.R. abaixo:

“Não sei.” (I5)

6.15 – PERCEÇÃO RELATIVA À QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR

A percepção dos idosos relativa à qualidade de vida e bem-estar foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, três categorias: **satisfeito com a vida e a saúde, opinião sobre a qualidade de vida nesta Instituição e preocupação do lar em proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos**, como fica evidenciado no anexo XIV.

Relativamente à categoria **satisfeito com a vida e a saúde**, esta obteve respostas que deram origem às subcategorias: **sim, não e sem opinião**.

58% dos participantes, sete U.E., estão satisfeitos com a sua vida e saúde, recolhendo a subcategoria **sim**, sete U.R., de que são exemplo:

“Sim, que remédio tenho eu.” (I5)

“Sim, pois tenho tido saúde.” (I8)

“Sim.” (I2)

“Sim, com a idade que tenho é normal os problemas que tenho.” (I6)

“Estou satisfeita com o que Deus me deu.” (I11)

“Sim, pois tem corrido tudo bem e tenho saúde.” (I9)

“Estou satisfeita, a minha Nossa Senhora tem me ajudado muito.” (I4)

A subcategoria **não**, foi verbalizada por 4 participantes, 33%, obtendo quatro U.R. e quatro U.E. Apresentam-se abaixo exemplos:

“Não, pois estou num sítio onde não queria estar.” (I7)

“Não, eu queria estar na minha casa e além disso não tenho saúde.” (I10)

“Não, eu não queria estar no lar e também não consigo andar por causa da trombose.” (I1)

“Não estou satisfeito.” (I3)

Um participante referiu **não ter opinião** sobre esta questão colocada, como pode ser observada pela U.R.:

“Não tenho opinião.” (I12)

Quanto à categoria **opinião sobre a qualidade de vida nesta Instituição** agrupei as opiniões dos participantes em torno de três subcategorias: **muito boa, boa e sem opinião**.

Na opinião de 5 participantes, 42%, a qualidade de vida nesta instituição é **muito boa**, subcategoria que obteve, cinco U.R. Exemplos de U.R.:

“É muito boa porque todos nos cuidam muito bem e assim a nossa saúde tende a ser melhor.” (I8)

“É muito boa, tenho um sítio onde olham por mim, gostam de mim e os problemas assim vão diminuindo e sentimos mais força para continuar.” (I6)

“É ótima, uma vez que temos cuidados excelentes e assim parece que nem tenho doenças.” (I11)

“Muito boa, estou muito satisfeita como me cuidam e cada dia me sinto melhor.” (I9)

“Excelente, estou num local com boas condições, onde sou acarinhada, estou descansada e parece que a minha saúde é melhor.” (I4)

A opinião de que a qualidade de vida nesta instituição é **boa**, foi referenciada por quatro dos participantes, 33%, subcategoria que obteve quatro U.R.

“É boa, pois como me tratam bem, o modo como vejo a minha vida é muito mais positiva.” (I5)

“É boa, pois tenho tratamento adequado e assim parece que tenho mais saúde.” (I2)

“É boa, pois não nos falta nada e tenho saúde” (I12)

“Boa, pois zelam pelo meu bem-estar e conforto e fazem tudo para que me sinta bem cá.” (I3)

25% dos participantes verbalizaram **não ter opinião** sobre a qualidade de vida na instituição, com três U.R. São exemplos:

“Não sei.” (I7)

“Não sei o que dizer.” (I10)

“Nem é boa, nem é má.” (I1)

No que diz respeito à categoria preocupação do lar em proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos, esta foi dividida em três subcategorias distintas: sim, não e sem opinião.

A larga maioria dos participantes, 75%, considera que há **preocupação do lar em proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos**, apresentando a subcategoria **sim**, doze U.R. e nove U. E. As seguintes UR ilustram a subcategoria:

“Claro que sim, pois eles tratam bem todos os idosos que têm cá.” (I5)

“Sim, tratam-nos bem, dão apoio, não nos dão más palavras, proporcionam momentos de convívio e boa comida.” (I8)

“Sim, os funcionários tratam de nós e ajudam-nos em tudo o que não conseguimos.” (I2)

“Preocupam-se muito connosco em dar nos cuidados muito bons como a alimentação, a higiene, a fisioterapia, a enfermagem.” (I12)

“Preocupam-se muito, todos nos ajudam nas tarefas que não conseguimos fazer, estão disponíveis, brincam connosco, são carinhosos (...)” (I11)

“Claro que si, todos nos estimam, tratam, dão-nos os cuidados mais variados e são agradáveis e carinhosos connosco.” (I9)

“Sim, este lar tem como função dar a todos as pessoas que cá estão serviços adequados para melhorar a saúde e aumentar o bem-estar.” (I3)

Dois participantes, 17%, verbalizaram **não** haver **preocupação do lar em proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos**, obtendo duas U.R.:

“Para mim não.” (I7)

“Não, pois não se preocupam em melhorar o estado de saúde das pessoas, acabamos por morrer cá.” (I1)

Um participante, **não tem opinião** sobre se existe ou não **preocupação do lar em proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos**, como se evidencia na U.R. seguinte:

“Não sei.” (I10)

7- PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DAS INTERVENÇÕES EFETUADAS/PLANEDAS

Neste capítulo e após a análise e apresentação dos dados obtidos vou dedicar-me à discussão dos resultados obtidos a partir das opiniões dos idosos residentes numa estrutura residencial para idosos.

O trabalho exaustivo de organização e análise dos dados, obrigando a várias leituras e releituras das transcrições das entrevistas realizadas permitiu-me ter mergulhado nas experiências dos idosos que residem nos lares.

O contato com os idosos, a troca de impressões com os funcionários do lar, enfermeira, diretora técnica no decurso deste processo, as leituras efetuadas e os dados recolhidos tornaram-me mais consciente da importância de proporcionar uma institucionalização ao idoso com satisfação e qualidade de vida.

Analisando o conteúdo das entrevistas, relativo às vivências passadas dos idosos, verifico que a maioria dos idosos refere que mantinha a sua autonomia, fazendo as lidas domésticas, trabalhar no campo. Contudo outros idosos já se encontravam a usufruir de serviços de outras instituições, devido a necessitarem de auxílio nas AVD'S.

Já em relação ao processo de envelhecimento, a maior parte dos entrevistados refere que é uma experiência positiva, mas que muitas vezes está acompanhada pelo aparecimento de novas doenças. Contudo, apesar de referirem ser uma experiência positiva este processo, indicam que poderia melhorar se houvesse envolvimento familiar, diminui-se a medicação e não houvesse doenças associadas.

A institucionalização requiere por parte do idoso uma adaptação a um conjunto variado de novas circunstâncias, numa altura da vida em que a pessoa tem mais dificuldades nessa readaptação. Na verdade, uma institucionalização bem-sucedida passa por assegurar a qualidade de vida do residente fora do seu ambiente familiar (Sousa, 2004 citado por Pereira, 2013). Assim os idosos entrevistados referiram como motivos da institucionalização, a escolha, a necessidade e o abandono, sendo este o mais referido pelos idosos, uma vez que não é questionada a sua vontade e nem intervêm no processo de decisão em ir para um Lar. Contudo indicam que têm uma boa imagem da instituição, considerando boa, harmoniosa, acolhedora e com excelentes profissionais pelo que as expectativas da institucionalização são positivas para a maioria dos idosos entrevistados.

As AVD's são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se

na cama e ter continências urinária e fecal. Verifica-se que com o processo de envelhecimento e o aparecimento de doenças os idosos tendem a diminuir a sua autonomia e a necessitar de auxílio na realização das AVD's. Ao entrevistar os idosos, constatou-se que todos mantinham a autonomia na alimentação, mas alguns já necessitam de ajuda para se vestirem, tomar banho, andar pelo lar, na preparação e toma da medicação.

Questionados os idosos sobre a participação nas atividades da instituição, a maioria respondeu que participa nas atividades, considerando-as adequadas, organizadas e que promovem o convívio.

Quanto às expectativas dos idosos entrevistados relativo aos serviços prestados, a maioria dos idosos referiu serem muito positivas e positivas as expectativas, apresentando como pontos positivos dos serviços os seguintes: Equipa técnica e funcionários são bons, carinhosos e preocupados, existência de uma boa equipa de saúde, bons cuidados de higiene nos idosos, Boas e adequadas infraestruturas e equipamentos do Lar e boa alimentação. Contudo, foram também apresentados alguns pontos negativos tais como: funcionários não são disponíveis e que prestam cuidados à pressa, ausência de um ambiente semelhante ao de casa, não poder sair do lar e falta de companheirismo.

Das opiniões expressas pelos participantes relativamente aos funcionários do Lar pode aferir-se que prestam os cuidados de forma positiva, considerando que têm bons conhecimentos e uma postura e fardamento adequados.

A Alimentação do lar é descrita pelos entrevistados como sendo boa, adequada e equilibrada, contudo alguns idosos referem que podia melhorar nos lanches.

Questionados os idosos sobre a existência de alguma situação de medo na instituição, a maior parte dos idosos referiu não sentir medo de estar neste lar e consideram que todos os seus pertences estão assegurados.

Relativamente à percepção dos idosos quanto aos relacionamentos, a generalidade dos entrevistados verbalizou ter uma boa relação com os outros idosos e funcionários. Quanto à preocupação do lar com as visitas dos utentes todos os entrevistados verbalizaram que o lar é facilitador e agradável com as visitas dos utentes.

A falta de privacidade resulta em embaraço, vergonha e humilhação. Os quartos, normalmente são apontados como o local preferido, são o espaço onde os idosos encontram a sua identidade, mantêm as suas referências, onde podem ter os seus próprios pertences e apego religioso. O respeito pela privacidade é fundamental para os idosos. Assim quando questionados sobre a privacidade, os idosos dividiram-se,

metade considera que neste lar existe respeito pela privacidade, contudo outros referiram não haver respeito e outros indicaram ainda não ter opinião. Os motivos que levaram a indicar que não existe respeito foram: os funcionários não baterem à porta antes de entrarem; efetuar os cuidados aos idosos com as portas dos quartos, WC abertas e emitir comentários sobre os idosos.

A autonomia é uma capacidade e domínio de atividade humana que se tornou num importante princípio ético em cuidados por promover oportunidades ao idoso de fazer escolhas independentes através de informações adequadas e individualizadas. A autonomia é fundamentada no respeito pela capacidade individual dos utentes de escolher, decidir e assumir a responsabilidade pelas suas próprias vidas. No entanto, nos lares de idosos, os utentes são, na maioria das vezes, dependentes das equipas de cuidados para concluir as atividades da vida diária. Pelas entrevistas constatou-se que todos mantinham a autonomia na alimentação e que 25% dos idosos entrevistados ainda era totalmente autónomo em todas as AVD'S. A maioria dos idosos verbalizou que na realização das AVD'S que faz com ajuda, são incentivados a participar nas mesmas pelas funcionárias que lhes prestam cuidados. Em relação ao poder de decisão os idosos participantes dividiram-se relativamente a esta questão.

A dignidade é uma característica inerente do ser humano, que pode ser sentida subjetivamente como um atributo do ser, e se manifesta por meio de comportamentos que demonstrem respeito por si mesmo e pelos outros. Relativamente à perceção dos idosos entrevistados sobre o respeito pela sua dignidade a maioria é da opinião que é respeitada a dignidade neste lar. Contudo alguns referem que o que poderia melhorar relativamente ao respeito pela dignidade dos idosos é: os funcionários serem mais confiáveis e mais compreensíveis.

A Individualidade relaciona-se com as preocupações do individual, do ser autónomo racional que preserva o auto-respeito. Questionados os idosos sobre o que os outros idosos e funcionários pensam de si, os idosos entrevistados verbalizaram as seguintes características: pessoa humilde e que não se mete em conflitos, pessoa boa e amiga, pessoa respeitadora. Quanto aos seus interesses e desejos, a generalidade dos idosos indicou que estes são valorizados pelo lar.

Para a OMS, a definição de qualidade de vida é a perceção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Quando questionados os idosos sobre a satisfação com a sua vida e saúde, a maioria respondeu afirmativamente, indicando também que a qualidade de

vida nesta instituição é boa. A larga maioria dos participantes, considera por isso, que há preocupação do lar em proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos.

Pode afirmar-se em termos gerais, que os idosos residentes desta estrutura residencial encontram-se satisfeitos com a prestação de serviços e cuidados, o que lhes proporciona uma maior qualidade de vida.

Limitações do Estudo: O facto de ser o único na área a ser efetuado não permitindo uma comparação dos dados; o instrumento de recolha de dados embora muito completo tornou-se extenso em especial para este grupo etário, o que fez com que o processo de recolha de dados fosse muito para além do que estava inicialmente previsto; o facto de ser uma amostra por conveniência não permite generalizar os dados.

Futuras Investigações: Sugiro a continuação da realização de estudos dentro desta temática neste grupo etário e alargar para mais zonas do país. Mais concretamente, aprofundar este estudo nas dimensões que os idosos obtiveram opiniões menos positivas, de modo a compreender onde se poderá intervir mais adequadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão de um trabalho de investigação é sempre difícil, porque na origem do estudo resulta o questionamento da realidade, no final do estudo resultam outras questões oriundas do caminho percorrido no processo do trabalho empírico e no processo de construção teórica. Neste trabalho tive a pretensão de contribuir para o aumento da satisfação e qualidade de vida dos idosos residentes numa estrutura residencial para idosos.

Ao falar-se de idosos não podemos nunca esquecer que o processo de envelhecimento, é um processo irreversível, contínuo e natural que varia consoante o contexto social de cada ser humano. O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas, a individual, onde o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos (aumento da esperança média de vida), e a perspetiva demográfica que se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

A revisão da literatura efetuada evidencia que a institucionalização, uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, tem sido um tema muito focado, dadas as mudanças havidas neste domínio, desde há algumas décadas e a necessidade de se conhecerem os fatores a ela associados, o seu impacto na vida das pessoas idosas, assim como a necessidade de se fomentar o conhecimento de práticas que promovam o bem-estar destas pessoas.

Partindo das conclusões do estudo, sinto que este contribui para uma reflexão do modo como o idoso se sente tratado nesta instituição e ao mesmo tempo que mencionarei algumas propostas que podem propiciar uma melhoria nas condições ambientais das instituições e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Para que envelhecer não se torne um pesadelo, para que viver não seja apenas “somar anos aos anos”, urge criar Lares de Terceira Idade, que sejam verdadeiros Lares para os idosos. Sendo assim, é necessário fazer dos Lares de Terceira Idade verdadeiros Lares, onde as pessoas idosas encontrem “lume, casa, família, pátria, pão”, para que não sintam como um golpe insuperável o afastamento da sua casa, dos seus amigos, da sua família, das suas rotinas e até de si próprio (das pessoas que eram antes de serem institucionalizadas).

Apesar de neste estudo se ter verificado que a maioria dos idosos se encontra satisfeito com a sua vida nesta estrutura residencial, existe, contudo, alguns aspetos

que devem ser melhorados de modo a propiciar uma qualidade de vida e bem-estar cada vez maior.

Tendo em conta os resultados do estudo, penso que estes poderão servir de base para a definição de estratégias no sentido de envolver mais os idosos, fazendo com que estes sejam mais activos, se sintam úteis e pessoas de pleno direito na sociedade.

Como proposta sugiro o seguinte: em primeiro lugar, a divulgação dos resultados para que sejam do conhecimento de um maior número de pessoas, em particular dos dirigentes e dos funcionários do lar onde foi efetuado. Depois definir estratégias para cada um dos contextos considerando as atividades que já decorrem e os recursos que têm disponíveis.

Assim, em termos de privacidade, há também medidas, como a redução de número de camas por quarto, que se tornam difíceis de implementar. No entanto, uma avaliação adequada das pessoas idosas, que possuem um quarto individual, poderá permitir-lhes, por exemplo, possuir uma chave do quarto e casa de banho, o que contribuirá para que a pessoa idosa sinta que pode usufruir de um espaço específico, beneficiando assim de mais privacidade. Aspetos como a personalização dos quartos, com a utilização de peças de mobiliário ao seu gosto, a colocação de objetos pessoais a decorar o seu espaço, poderiam também fazê-los sentir-se “mais em casa”.

Estas instituições devem promover junto dos idosos os objetivos inerentes à sua vida; devem igualmente criar estruturas que permitam dar visibilidade às opiniões dos idosos, permitindo-lhes influenciar a vida institucional. Neste sentido, a criação de reuniões ou conselhos de residentes, possibilitar-lhes-ia transmitir à direção da instituição, de um modo mais formal, as suas opiniões e as suas expectativas. O facto de sentirem que são ouvidos e que as suas opiniões poderão ser tidas em conta, dar-lhes-ia a certeza de que há uma preocupação com a sua estadia neste local.

Nesta fase da vida, existe ainda uma boa parte de idosos que apreciam e estão em condições de viajar. Assim, deveria ser incentivado e apoiado o turismo sénior.

E, no que concerne aos funcionários, não posso, de modo algum, esquecer a importância de que se revestem para os idosos. A existência de formação contínua versando por exemplo as características dos idosos e o seu processo de envelhecimento poderá facilitar os contatos entre estes dois intervenientes, promovendo um melhor entendimento e uma melhor relação.

Convém igualmente referir o valioso contributo que todos nós enquanto elementos da sociedade podemos e devemos desempenhar. Por exemplo, a criação de

grupos de voluntariado, seria, a meu ver, um espeto muito interessante a desenvolver: quantas vezes, apenas o facto de se ter alguém com quem desabafar, pode amenizar a nossa vida!

A nível de estratégias de enfermagem proponho as seguintes: sessões de educação para a promoção da saúde; estratégias de controlo das doenças crónicas que eventualmente o idoso tenha de modo a conviver com a doença o mais normalmente possível no seu dia-a-dia; adequar recursos de modo a facilitar a autonomia dos idosos perante as atividades de vida; rastreios para diagnóstico precoce de doenças e envolver os familiares.

Certamente mais sugestões poderiam ser dadas; espero, contudo, que algumas possam vir a ser devidamente implementadas, para que a vida institucional se torne mais atraente e motivadora aumentando a qualidade de vida dos residentes destas instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, M. (2013). *Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem - Perspetivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Supervisão Pedagógica, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Almeida, A. (Jan. 2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspetos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Alves, Z. & Silva, M. (1992). *Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta*. Ribeirão Preto: Paidéia.
- Andrade, L. (2009). *A flecha do tempo... As práticas de Serviço Social nas IPSS no Concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cruz, S. (Mar. 2014). *A Dignidade em Lares*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto.
- Decreto-Lei nº 140/2004, Diário da República, (134), I Série A de 8 de Junho Disponível em http://www.apormed.pt/images/pdfs/Decreto-Lei_nr_140-2004_de_8_de_Junho.pdf acedido em 23/03/2016
- Fernandes, P. (2000). *A depressão do Idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, R. (2012). *Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação dos utentes de uma Clínica de Imagiologia do Grande Porto*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.

- Fortin, L. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, L. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e ação na perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Lawton, M. P. (1983). *Environmemt and other determinants of well-bein in people*. *Gerontologist*, 349-357.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, V. (Jun. 2013). *A Satisfação e a Qualidade de Serviços e de Vida nas Instituições para Seniores*. Tese de Mestrado em Marketing Research, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do Idoso na família: contextos e trajectórias* (nº11). Coimbra: Quarteto Editora.
- Portaria n.º 67/2012, Diário da República (58), I Série de 21 de Março de 2012
- Polit, D.; Beck, C.; & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Queiroz, G. (2010). *Qualidade de vida em Instituições de Longa Permanência para Idosos: Considerações a partir de um modelo alternativo de assistência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª Edição). Lisboa: Grávida-Publicações.
- Rocha, A. (2007). *O Auto-conceito dos Idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

- Rodrigues, P. (2002). *Avaliação da Formação Pelos Participantes em Entrevista de Investigação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & FCT-MCES.
- Rocha, S. (Set. 2014). *A Gestão da Qualidade Hospitalar em Portugal*. Dissertação de Mestrado Gestão e Economia dos Serviços de Saúde, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.
- Simões, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: A Perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Veloso, P. (2012). *Impacto da Certificação nos serviços de saúde, na qualidade dos cuidados e na segurança dos utentes de uma Instituição Particular de Solidariedade Social*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.

ANEXOS

ANEXO 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS

Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos

 **Centro Social Nossa Senhora
das Necessidades de Alcária**
Cont. nº 509 565 930
Rua do Regatinho nº 8 - 6230-022 ALCÁRIA



Exma. Direção do
Centro Social da Nossa Senhora das Necessidades em Alcária

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização da colheita de dados

Eu, Cláudia Alexandra Martins Diogo, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Venho informar V. Exa. que pretendo realizar um estudo sobre a "Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos", sob orientação do Professor Doutor Raul Cordeiro, para o qual solicitamos a V. Exa. a autorização para a realização da colheita de dados inerentes à investigação, junto de todos os idosos residentes no Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcária que apresentem capacidades cognitivas mantidas, com facilidade de expressão verbal e de ambos os géneros, tendo estes concordado em participar no estudo e assinado o consentimento informado.

Tenho como objetivos neste estudo:


Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade dos cuidados sentidos e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos.

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores valorizados pelos clientes na avaliação da qualidade dos serviços prestados.
- Verificar se as perceções dos clientes estão de acordo com as suas expectativas.
- Identificar de que forma a qualidade sentida e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial se relaciona com a qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.
- Recolher informação útil para que sejam implementadas medidas de melhorias na estrutura residencial para idosos.

Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos

 **Centro Social Nossa Senhora
das Necessidades de Alcária**
Cont. nº 509 565 930
Rua do Regatinho nº 8 - 6230-022 ALCÁRIA



O Estudo é do tipo qualitativo e o instrumento de colheita de dados que pretendo utilizar é a entrevista semi-estruturada.

Na realização da colheita de dados serão salvaguardados, segundo a ética da investigação, todos os direitos fundamentais de cada participante, sendo os mesmos livres de colaborar ou não no estudo.

Neste sentido, para proceder ao desenvolvimento da colheita de dados irei obter um consentimento informado de todos os participantes na investigação.

A informação recolhida destina-se a ser trabalhada exclusivamente no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Unidades de Saúde a decorrer na entidade acima referida. As respostas são confidenciais e anónimas.

Desde já agradeço a disponibilidade e colaboração, estarei disponível para esclarecimento de qualquer dúvida.

Contatos Disponíveis:

Telm: 967668555

E-mail: claudia_diogo88@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Diogo

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

ASSUNTO: Consentimento Informado

Exmo. (a) Sr. (a)

Eu, Cláudia Alexandra Martins Diogo, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de saúde de Portalegre. Venho informar V. Exa. que pretendo realizar um estudo sobre a “Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos”, sob orientação do Professor Doutor Raul Cordeiro.

Tenho como objetivos neste estudo:

Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade dos cuidados sentidos e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos.

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores valorizados pelos clientes na avaliação da qualidade dos serviços prestados.
- Verificar se as perceções dos clientes estão de acordo com as suas expectativas.
- Identificar de que forma a qualidade sentida e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial se relaciona com a qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.
- Recolher informação útil para que sejam implementadas medidas de melhorias na estrutura residencial para idosos.

Neste estudo pretendo realizar uma entrevista semi-estruturada a cada idoso que seja residente no Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcaria que apresente capacidades cognitivas mantidas, com facilidade de expressão verbal e de ambos os géneros e que se disponibilize a colaborar no estudo.

A sua participação irá contribuir para o aumento da excelência da qualidade dos cuidados prestados nestas instituições, tendo sempre em vista a qualidade de vida dos utentes aí residentes. Informo que não terá qualquer custo em participar, apenas o tempo que nos dispensa para a entrevista.

Comunico ainda que a sua participação é voluntária, e é livre em se retirar a qualquer momento, sem que daí advenha prejuízos.

Garanto a confidencialidade das informações fornecidas, sendo divulgadas apenas para publicações/estudos científicos, não havendo identificação dos participantes nem partilha de informação com ninguém.

Deste modo, agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração. Estarei disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida, durante todo o período da realização do estudo.

Atenciosamente

Contatos Disponíveis:

Telm: 967668555

E-mail:claudia_diogo88@hotmail.com

Cláudia Diogo

Eu, _____

Declaro ter sido informado (a) de que o estudo acima mencionado se destina a avaliar a qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos. Sei que neste estudo será realizada uma entrevista individual, e que posso recusar-me a participar ou a interromper a realização da mesma a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Declaro que estou devidamente esclarecido (a) sobre o tema do estudo, aceito em participar no mesmo, dou o consentimento para ser entrevistado (a), com a garantia de que a informação recolhida será apenas divulgada para o estudo e publicações científicas.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do Investigador

ANEXO 3 – PEDIDO DE APRECIÇÃO DO GUIÃO DA ENTREVISTA

Exm. Sr. Professor

ASSUNTO: Pedido de apreciação do guião da entrevista

Eu, Cláudia Alexandra Martins Diogo, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Venho informar V. Exa. que pretendo realizar um estudo sobre a “Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos”, sob orientação do Professor Doutor Raul Cordeiro, para o qual solicitamos a V. Exa a análise, apreciação e validação do guião da entrevista que se encontra em anexo.

Tenho como objetivos neste estudo:

Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade dos cuidados sentidos e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos.

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores valorizados pelos clientes na avaliação da qualidade dos serviços prestados.
- Verificar se as perceções dos clientes estão de acordo com as suas expectativas.
- Identificar de que forma a qualidade sentida e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial se relaciona com a qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.
- Recolher informação útil para que sejam implementadas medidas de melhorias na estrutura residencial para idosos.

O Estudo é do tipo qualitativo e o instrumento de colheita de dados que pretendo utilizar é a entrevista semi-estruturada junto de todos os idosos residentes no Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcaria que apresentem capacidades cognitivas mantidas, com facilidade de expressão verbal e de ambos os géneros, e que se disponibilizam para participar e colaborar.

Na realização da colheita de dados serão salvaguardados, segundo a ética da investigação, o anonimato e confidencialidade de todos os participantes, sendo concedidos todos os resultados obtidos.

Desde já agradeço a disponibilidade e colaboração, estarei disponível para esclarecimento de qualquer dúvida.

Contatos Disponíveis:

Telm: 967668555

E-mail:claudia_diogo88@hotmail.com

ANEXO 4 – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SENTIDA E SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DE UMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS

A presente entrevista tem como objetivo avaliar a qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos. A informação recolhida destina-se a ser trabalhada no âmbito do Mestrado em enfermagem na área de especialização de Gestão em Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre. As respostas são confidenciais e anónimas.

Tema – Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos.

Objetivo Geral - Avaliar a qualidade dos cuidados sentidos e a satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos.

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1 – Idade _____

2 – Sexo

<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Masculino

3 – Naturalidade _____

Concelho _____

4 – Estado Civil

<input type="checkbox"/>	Solteiro
<input type="checkbox"/>	Casado ou em união de facto
<input type="checkbox"/>	Divorciado ou separado
<input type="checkbox"/>	Viúvo

5 – Tem filhos?

☐

Sim

Número de Filhos _____

☐

Não

6 – Habilitações Literárias

☐

Analfabeto

☐

Saber ler e escrever

☐

Até à 4ª classe

☐

Até ao 6º ano

☐

Até ao 9º Ano

☐

Até ao 12º Ano

☐

Licenciatura

☐

Outro. Qual? _____

7 – Profissão anteriormente desempenhada.

8- Motivo que o levou a integrar esta instituição

9 – Antes de vir para esta instituição, onde se encontrava?

☐

Na própria casa

☐

Casa dos filhos

☐

Centro de dia do local de residência

☐

Outra Instituição

☐

Numa UCC

☐

Hospital

11 – É a primeira Estrutura Residencial para idosos a que recorre? _____

12 – Há quanto tempo está nesta instituição? _____

GUIÃO DA ENTREVISTA

Tema	Questões
1 – Vivências passadas	<p>1. Como era sua vida antes de residir nesta instituição?</p> <p>1.1 Necessitava de auxílio para a realização das atividades de vida diárias?</p> <p>- Quem o auxiliava?</p>
2 - Processo de envelhecimento	<p>1. Como está a encarar o seu processo de envelhecimento?</p> <p>1.1 Apareceu-lhe com o decorrer deste processo alguma doença?</p> <p>- Que doença?</p> <p>- Como está a lidar com ela?</p> <p>2. Para si o que é envelhecer bem?</p>
3- Perceção relativa à Institucionalização	<p>1. Alguma vez pensou em vir a residir num Lar para Idosos?</p> <p>- Como foi o seu processo de preparação?</p> <p>- Quais os familiares envolvidos nesta decisão?</p> <p>2. Qual a imagem que tinha desta Instituição?</p> <p>3. Quais eram as suas expetativas face à institucionalização?</p> <p>4. Agora neste momento, considera que as expetativas que tinha antes de ser institucionalizado correspondem à realidade? Porquê</p>

4- Percepção relativa às atividades da instituição	<p>1.Como é seu dia-a-dia nesta instituição?</p> <p>1.1. Costuma ser incentivado a participar nas atividades lúdicas proporcionadas pela instituição?</p> <p>- A instituição tem atividades novas regularmente em que participa?</p> <p>- Gosta das atividades da instituição e elas vão de encontro as suas expetativas?</p> <p>2. O que gosta de fazer nos seus tempos livres?</p>
5- Percepção relativa aos serviços prestados	<p>1.Como é viver nesta instituição?</p> <p>– Os equipamentos, materias e instalações estão adequadas às suas necessidades?</p> <p>2. Quando foi a última vez que teve um problema que precisasse de ser resolvido? Que problema foi? Como resolveu? Quem auxiliou?</p> <p>3. A Instituição dedica-lhe atenção personalizada?</p> <p>4. Indique quais são os pontos positivos de residir nesta instituição?</p> <p>5. Indique quais são os pontos negativos de residir nesta instituição?</p> <p>6. Tendo em conta a sua percepção de como os serviços são prestados, estes vão de encontro às suas expetativas?</p>
6- Percepção relativa aos funcionários	<p>1.Como avalia o modo como os funcionários lhe prestam os cuidados? Revelam prontidão para o atender? E os</p>

	<p>conhecimentos que têm vão de encontra às suas necessidades e expetativas?</p> <p>2. Qual a sua opinião sobre a postura, identificação e fardamento dos funcionários desta instituição?</p>
7- Perceção relativa à satisfação com a alimentação	<p>1. Como é a alimentação aqui no Lar?</p> <p>- Gosta das refeições?</p> <p>- Se pedir, servem-lhe pela segunda vez?</p> <p>- Tem alguma restrição alimentar?</p>
8- Perceção relativa à segurança	<p>1. Que situação já o fez sentir medo, ou sentiu estar ameaçada a sua segurança nesta Instituição?</p> <p>2. Sente que os seus pertences (roupa, entre outros) estão assegurados neste lar?</p> <p>- Em caso negativo, porquê?</p>
9- Perceção relativa aos relacionamentos	<p>1. Como é a sua relação com os outros utentes e funcionários desta instituição?</p> <p>2. Considera que o lar seja facilitador e agradável para que os vossos familiares e amigos vos venham visitar? Sente que neste aspeto o Lar vai de encontro às suas necessidades de expetativas? Porquê?</p>
10- Perceção relativa à privacidade	<p>1. Quais os aspetos que mais valoriza no respeito à sua privacidade? Considera que esses aspetos que referiu estão respeitados nesta instituição?</p> <p>2. Quais as suas expetativas relativas à privacidade? Vão de encontro à realidade nesta Instituição?</p>

	3. Qual o aspeto em que considera que não se respeita a sua privacidade?
11 – Perceção relativa à autonomia	<p>1.Quais as atividades de vida diária que faz autonomamente?</p> <p>- Nas atividades de vida de diária que faz com ajuda é incentivado a participar?</p> <p>- Como é incentivado?</p> <p>2. Considera que ainda tem poder para decidir o que quer vestir, o que quer comer, onde vai?</p> <p>- Porquê?</p>
12 – Perceção relativa à dignidade	<p>1.Sente que é respeitado por todos os funcionários desta instituição?</p> <p>2. Na sua opinião, sente “abertura” por parte dos funcionários para poder falar da sua vida?</p> <p>3. Alguma vez sentiu que não foi respeitada a sua dignidade?</p> <p>- Em caso afirmativo, pode contar em que situação?</p>
13- Perceção relativa à individualidade	<p>1.Qual a sua perceção sobre o que os funcionários e restantes utentes sabem sobre si?</p> <p>- Reconhece que os seus interesses e desejos são reconhecidos neste Lar?</p> <p>- Porquê?</p>
14- Perceção relativa à qualidade de vida e bem-estar	<p>1.Sente-se satisfeito com a sua saúde e a sua vida?</p> <p>2. O que é para si ter qualidade de vida?</p> <p>3. Como classifica a sua qualidade de vida nesta instituição?</p>

	<p>3. Na sua opinião a forma como são prestados os cuidados/serviços vão condicionar a qualidade de vida e bem-estar? Porquê?</p> <p>4. Reconhece que nesta instituição o objetivo final é proporcionar a qualidade de vida e bem-estar aos idosos? De que forma o faz?</p>
--	---

ANEXO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE

Anexo I - Vivências passadas

Anexo II - Processo de envelhecimento

Anexo III - Percepção relativa à Institucionalização

Anexo IV - Percepção relativa às atividades da instituição

Anexo V - Percepção relativa aos serviços prestados

Anexo VI - Percepção relativa aos funcionários

Anexo VII - Percepção relativa à satisfação com a alimentação

Anexo VIII - Percepção relativa à segurança

Anexo IX - Percepção relativa aos relacionamentos

Anexo X - Percepção relativa à privacidade

Anexo XI - Percepção relativa à autonomia

Anexo XII - Percepção relativa à dignidade

Anexo XIII - Percepção relativa à individualidade

Anexo XIV - Percepção relativa à qualidade de vida e bem-estar

Anexo I - Vivências Passadas

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Vivências Passadas	Trabalhar no campo/Lidas Domésticas (Autonomia)		“Eu e a minha esposa íamos todos os dias logo de manhã para o campo (...)”	I3	10	8
			“Vivia na casa do meu filho e era eu que fazia sempre a comida, limpava a casa, ia às compras e tratava da minha neta.”	I4		
			“Tratava da casa, do marido e cultivava no meu quintal.	I5		
			“Vivia na casa do meu irmão, fazia as tarefas domésticas e companhia à minha cunhada.”	I11		
	Frequentar outra instituição	Lar	“Já a alguns anos que residia num Lar em Lisboa, onde moram os meus filhos (...)”	I6	1	1
		Centro de Dia	“Ia para o centro de dia, todos os dias (...)” “Estava no centro de dia de Bogas de baixo (...)”	I1 I2	3	3
	Auxílio nas AVD'S	Esposa e Filhos	“Tive um AVC, fiquei de cama e era a minha esposa e filhos que me tinham de fazer tudo até vir para o Lar.” “Era a minha filha que me vinha todos os dias deitar, pois eu já não podia sozinha.”	I3 I7	4	4

			<p>“A minha filha morava ao pé de mim e era ela que já me ajudava a fazer a comida, lavava-me a casa a roupa e também já me dava banho”</p> <p>“Estava todos os dias na cama, pois tive uma trombose e era a minha mulher que tratava de mim.”</p>	<p>I8</p> <p>I12</p>		
		Outra pessoa	<p>“No centro de dia, as meninas já tinham de me dar banho (...)”</p> <p>“Sempre estive na minha casa, mas era ajudado por uma senhora que estava desde manhã até à noite (...)</p>	<p>I1</p> <p>I9</p>	3	3

Anexo II - Processo de Envelhecimento

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Processo de Envelhecimento	Experiência Negativa		<p>“Nosso Senhor me dê a morte, estou farto de sofrer.”</p> <p>“Sinto muita solidão (...)”</p> <p>“Estou a encarar mal, pois era uma mulher que fazia tudo e de um momento para o outro vejo-me numa cadeira de rodas (...)”</p> <p>“Sinto-me triste e impotente por não poder fazer nada para parar este processo.”</p>	<p>I1</p> <p>I6</p> <p>I10</p> <p>I3</p>	8	5
	Experiência Positiva		<p>“Desde que vim para o lar, que encaro o envelhecimento bem, pois sinto-me bem e saúde.”</p> <p>“Viver tal e qual como estou a vivenciar, de forma positiva.”</p> <p>“Sinto-me bem, pois graças a Deus tenho tido saúde.”</p> <p>“Encaro sempre positivo, o que Deus me dá (...)”</p> <p>“Estou a adaptar-me de forma positiva, nem me lembro que tenho 92 anos.”</p>	<p>I2</p> <p>I11</p> <p>I9</p> <p>I5</p> <p>I4</p>	7	7

	Aparecimento de Doenças		<p>“Tive uma trombose que me deixou sem poder mexer o lado esquerdo.”</p> <p>“Tive um AVC.”</p> <p>“A doença mais grave que me apareceu foi o AVC.”</p> <p>“Cada vez tenho mais mal e sinto-me sem forças (...)”</p>	<p>I1</p> <p>I10</p> <p>I5</p> <p>I3</p>	6	6
	Poderia melhorar	Com mais apoio dos familiares	<p>“Ter apoio das minhas filhas e ser acarinhada por ela para ultrapassar o que me aconteceu.”</p> <p>“Ter apoio dos meus filhos.”</p>	<p>I10</p> <p>I3</p>	2	2
		Com diminuição da medicação	<p>“Se não tomasse tantos remédios, vivia melhor (...)”</p> <p>“Era não tomar tanta medicação (...)”</p>	<p>I1</p> <p>I8</p>	2	2
		Ausência de Doenças	<p>“Para mim envelhecer bem era não ter mal.”</p> <p>“É viver sem doenças.”</p> <p>“Era poder fazer todas as coisas em ter doenças.”</p> <p>“Não ter doenças (...)”</p>	<p>I6</p> <p>I7</p> <p>I12</p> <p>I3</p>	5	5

Anexo III - Percepção relativa à Institucionalização

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registro (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa à Institucionalização	Motivos da Institucionalização	Escolha	“O meu irmão ajudou-me a escolher o Lar, pois sempre tive ideia de ir para um Lar pois não queria estar mais sozinho.”	I2	4	4
			“Fui eu que pedi aos meus filhos para vir para o Lar.”	I6		
			“Pensei em vir para o Lar assim que morreu a minha mulher, pois estou melhor aqui do que em casa, sozinho.”	I9		
			“Sempre pensei em vir para o lar, pois a partir da morte do meu marido, para não ser maltratada pelas minhas filhas o que queria era paz e sossego.”	I10		
		Necessidade	“Fui sendo preparado desde que tive o AVC e depois a minha mulher partiu a perna e eu não podia fazer nada sozinho.”	I1	3	3
			“Pensei em vir para o lar e depois o meu filho falou comigo pois eu estava a piorar da minha doença, fui	I3		

			conhecer o lar e então fiquei lá.”			
		Abandono	<p>“A minha filha é que decidiu eu vir para o Lar, pois eu não queria. Ela disse que não podia cuidar mais de mim.”</p> <p>“Foi a minha cunhada que decidiu eu vir para o Lar, pois eu vivia na casa dela e o meu irmão teve um AVC e ela disse que tinha muito trabalho.”</p> <p>“Foi a minha esposa que decidiu a minha vinda, e eu não aceitei bem, mas depois tive de me habituar.”</p> <p>“Sempre pedi aos meus filhos para não me levarem para o Lar, mas eles mesmo assim inscreveram-se e disseram que não podiam cuidar de mim. “</p> <p>“O meu marido decidiu pôr-me num lar e eu não soube de nada, apenas tive de esperar por vaga. Os meus filhos não queriam, mas depois acabaram por concordar com o pai.”</p>	<p>17</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>18</p> <p>15</p>	5	5

	Imagem da Instituição	Com Excelentes Profissionais	(...) com excelentes profissionais.” “Sempre ouvi dizer muito que o lar tinha empregados muito competentes.”	I3 I7	2	2
		Boa	“Sempre tive uma imagem boa deste lar.” “Era boa e fiquei satisfeita pois assim tenho perto a família e amigos.” “Era um Lar bom e tinha boas informações.” “Sempre achei que fosse um bom lar.” “Tinha a Imagem de ser uma boa Instituição (...).”	I1 I6 I9 I8 I3	8	6
		Harmoniosa	“Para mim este lar sempre feliz e harmonioso.”	I10	2	1
		Acolhedora	“Sempre tive na ideia que este lar era muito acolhedor.” “Uma instituição muito carinhosa e acolhedora.”	I2 I11	2	2
		Não tinha conhecimentos	“Não conhecia o Lar.” “Não tinha ideia nenhuma.”	I12 I5	3	3
		Expetativas da Institucionalização	Muito positivas	I2	10	6
			“Vir para este lar foi o melhor que me aconteceu, pois tratam bem de mim, dão-me apoio, carinho, sabem ouvir. Se estivesse			

			na minha casa, sozinho, já tinha morrido.” “Neste lar tratam-me muito bem, sou muito acarinhada e as colegas convivem muito comigo.” “Sou muito bem tratada, acarinhada (...) “Ser tratado como sou, ter ao meu dispor os profissionais competentes que temos, estou muito feliz por estar cá.”	I6 I11 I10		
		Positivas	“Sinto que sou tratada de forma adequada.” “Tratam de mim e gosto de estar cá.” “Tinha expetativas positivas quanto ao tratamento dos doentes que se correspondem à realidade.”	I8 I5 I7	3	3
		Nem positivas nem negativas	“Não tinha expetativas.”	I11	2	2
		Negativas	“Espera que com a minha vinda para o Lar ficasse recuperado da minha perna e isso não aconteceu.”	I1	1	1

Anexo IV - Percepção relativa às atividades da instituição

Domínio	Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa às atividades da instituição	Atividades que realiza sem ajuda	Alimentar-se	“A única coisa que ainda faço sozinho é comer.”	I12	12	12
			“Só consigo comer sem ajuda.”	I10		
			“Consigo comer sem pedir ajuda (...)”	I1		
			“Alimento-me sozinha”	I5		
			“Ainda como sem ajuda.”	I8		
		Vestir-se	“Visto-me sem ajuda (...)”	I8	6	6
		Deambular pelo Lar	“Ainda vou fazendo as coisas sozinha como andar com o andarilho, arrumar as minhas coisas, ir ao wc.”	I5	7	7
			“(...) ando com ajuda do andarilho.”	I1		
			“(...) ando pelo lar sozinha.”	I8		
		Mantém a autonomia	“Levanto-me, lavo-me e visto-me sozinha, depois vou fazer as refeições e à noite também faço tudo sem ajuda.”	I6	3	3
			“Faço tudo sozinho (...)”	I2		
			“Ainda mantenho a minha autonomia nas minhas tarefas do dia-a-dia.”	I11		

	Atividades que realiza com ajuda	Banho/Cuidados de Higiene	<p>“Desde que vim para cá que são as meninas que me dão banho.”</p> <p>“Auxiliam-me no banho, pois desde que tive a trombose que estou limitado de um lado (...)”</p> <p>“Já preciso de ajuda para tomar banho (...)”</p> <p>“Ajudam-me no banho (...)”</p> <p>“Ajudam-me a dar banho.”</p>	<p>I8</p> <p>I1</p> <p>I7</p> <p>I5</p> <p>I4</p>	5	5
		Vestir/Despir	<p>“(...) e também preciso de ajuda para me vestirem.”</p> <p>“(...) e para me vestir e despir.”</p> <p>“(...) e a vestir-me.”</p>	<p>I1</p> <p>I7</p> <p>I5</p>	6	6
		Deambular	“Sou auxiliado a andar pelo lar.”	I3	5	5
		Toma e preparação da Medicação	<p>“A única coisa em que tenho ajuda é na toma da medicação.”</p> <p>“Apenas me auxiliam na preparação da minha medicação, pois já baralho tudo.”</p>	<p>I2</p> <p>I6</p>	3	3

		Todas as AVD'S	<p>“As meninas é que cuidam e mim, levantam-me, lavam-me, passam-me para o cadeirão, vestem-me, mudam-me a fralda ou outras vezes quando peço levam-me ao wc.”</p> <p>“Levantam-me de manhã, dão me banho e permaneço todo o dia na cadeira de rodas. São as auxiliares que me levam ao WC e que me levam para a cama e me deitam.”</p>	<p>I12</p> <p>I10</p>	2	2
	Participação nas Atividades da Instituição	Sim	<p>“Participo em todas as atividades que são proporcionadas”</p> <p>“Faço sempre atividades propostas pela animadora”.</p> <p>“Costumo pintar, colar, costurar, tudo o que a animadora nos pede. Também faço fisioterapia e participo na ginástica que gosto muito.”</p> <p>“Faço as atividades que a animadora nos pede e faço ginástica”</p> <p>“Participo sempre nas aulas de ginástica.”</p> <p>“Eu faço de tudo um pouco aqui no lar, participo nas atividades da animadora, ajudo</p>	<p>I4</p> <p>I3</p> <p>I5</p> <p>I9</p> <p>I12</p> <p>I11</p>	15	9

			a por as mesas, a varrer o refeitório, faço ginástica.” “Apenas participo na ginástica.” “Faço ginástica, questões de memória, também a animadora faz sempre comemorações de dias.”	17 12		
		Não	“Não participo em nenhuma atividade, nem mesmo na ginástica pois não sou capaz.” “Não participo em nenhuma atividade, pois não tenho cabeça para isso.” “Não gosto das atividades do Lar.”	110 16 11	3	3
	Avaliação das Atividades da Instituição	Promovem o convívio	“É muito bom termos estas atividades pois convivemos e conhecemos -nos melhores uns aos outros (...)” “Todas as atividades são interessantes e muito boas para conviver com as pessoas.” “As atividades facilitam a minha forma de comunicar com as pessoas, e sou mais feliz por estar junto de pessoas em convívio.”	14 15 111	7	6
		Organizadas	“São muito bem organizadas pela animadora (...)”	14	5	5

			<p>“Os funcionários sabem sempre organizar muito bem as atividades que desenvolvem connosco.”</p> <p>“A aula de ginástica é sempre muito organizada.”</p>	<p>I5</p> <p>I7</p>		
		Adequadas	<p>“São adequadas à nossa idade e boas para a nossa saúde.”</p> <p>“A ginástica faz-me sempre muito bem e parece que fico mais novo.”</p>	<p>I5</p> <p>I12</p>	3	3
		Inadequadas	<p>“Não são adequadas à minha saúde.”</p> <p>“As atividades não estão de acordo com o meu estado de saúde.”</p>	<p>I10</p> <p>I1</p>	2	2

Anexo V - Perceção relativa aos serviços prestados

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Perceção relativa aos serviços prestados	Expetativas dos serviços prestados	Muito Positivas	“As pessoas aqui prestam-me os cuidados muito bem, fazem-me as vontades e ajudam me naquilo que não posso.”	I2	8	5
			“Prestam-nos os cuidados de forma excelente, são todos atenciosos connosco.”	I11		
			“Estão sempre preocupados com o nosso bem-estar, os cuidados são sempre feitos de melhor forma possível.”	I9		
			“É muito bom viver aqui, existe uma grande preocupação para nos servir.”	I5		
			“Vive-se muito bem aqui no lar, estão sempre a responder aos nossos pedidos.”	I3		
		Positivas	“Sinto-me cá bem, é tudo bom.”	I8	8	6
			“Os serviços são prestados de forma adequada.”	I1		
			“Vive-se bem aqui, as doutoras, enfermeira e funcionárias são muito queridas.”	I6		
			“Os serviços são prestados de forma positiva.”	I12		
			“Penso que nos prestam os cuidados de forma adequada.”	I10		

			“Os serviços prestados estão adequados e adaptados a nós.”	I4		
		Nem positivas nem negativas	“Os serviços são prestados de forma normal.”	I7	1	1
	Pontos positivos dos serviços prestados	Equipa técnica e funcionários bons, carinhosos e preocupados	“Funcionários bons (...)” “(...) boa equipa técnica, (...)” “Os funcionários são bons, (...)” “Somos bem tratados e acarinhados no geral.” “Somos tratados muito bem por todos os funcionários, (...)” “(...) e uma grande preocupação por toda a equipa em nos prestarem os melhores cuidados.” “(...) profissionais muito bons” “A Doutora e a auxiliares são muito boas.” “(...) existe ajuda e carinho por parte das funcionárias, equipa técnica. “ “(...) as funcionárias são boas. “	I4 I3 I5 I10 I9 I12 I7 I6 I2 I9	12	10
		Boa equipa de saúde	“Os cuidados e saúde são ótimos.” “A enfermeira, psicóloga e a médica são muito boas para nós.”	I11 I6	2	2

		Bons cuidados de higiene dos idosos	“(...) temos boas condições de higiene (...)” “(...) a nossa higiene é muito cuidada. “ “(...) andamos sempre limpos e bem lavados.”	I12 I11 I8	3	3
		Boas e adequadas infraestruturas e equipamentos do Lar	“(...) boas condições das infraestruturas (...)” “(...) as instalações estão adequadas a nós.” “Condições do lar muito boas.” “Equipamentos e infraestruturas muito boas. “ “(...) boas instalações do lar.” “O lar tem muito boas condições.”	I4 I9 I7 I11 I2 I8	6	6
		Alimentação Boa	“(...) boa alimentação.” “(...) a alimentação também é boa.” “(...) a comida é boa.” “(...) a comida é muito boa, (...)” “A alimentação é boa, (...)” “A comida é boa, (...) “ “A comida também é muito boa.” “A alimentação é boa, (...)”	I4 I3 I5 I9 I12 I11 I6 I2	8	8

	Pontos negativos dos serviços prestados	Funcionárias não disponíveis e que prestam cuidados à pressa	<p>“As auxiliares prestam cuidados por vezes à pressa.”</p> <p>“Por vezes algumas funcionárias não nos tratam da melhor forma, são muito apressadas.”</p> <p>“Certas auxiliares não têm às vezes tempo para conversar comigo.”</p> <p>“Existe falta de atenção por parte de algumas funcionárias, e por vezes as funcionárias à noite são muito barulhentas e acordam-nos.”</p>	<p>I3</p> <p>I12</p> <p>I11</p> <p>I1</p>	6	4
		Ausência de um ambiente semelhante ao de casa	<p>“Não ter certas coisas que tenho na minha casa. “</p> <p>“(…) não ter tudo o que tenho na minha casa.”</p> <p>“Não ter as minhas coisas de casa. “</p>	<p>I5</p> <p>I7</p> <p>I8</p>	3	3
		Não poder sair do lar	<p>“Não poder sair quando quero, (...)”</p> <p>“(…) não poder passear no exterior quando quero.”</p>	<p>I7</p> <p>I6</p>	2	2
		Falta de companheirismo	“Falta de companheirismo (...)”	I6	1	1

Anexo VI - Perceção relativa aos funcionários

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Perceção relativa aos funcionários	Avaliação da prestação de cuidados pelos funcionários	Muito bons	<p>“Fazem-nos os cuidados de forma competente e profissional. Estão sempre prontos para nos atender.”</p> <p>“As funcionárias são muito agradáveis, competentes, profissionais, que estão sempre prontas para nos atender. “</p> <p>“As auxiliares realizam os cuidados de forma cuidada, estão sempre disponíveis e prontas. São muito boas profissionais.”</p> <p>“As meninas são muito boas, competentes, muito preocupadas connosco e sempre muito disponíveis.”</p> <p>“Estou muito satisfeito pela forma como sou cuidado, pois fazem-me as vontades e ajudam-me sempre que peço.”</p>	<p>14</p> <p>19</p> <p>111</p> <p>16</p> <p>12</p>	8	5
		Bons	<p>“A maioria das funcionárias presta-me os cuidados bem. Demonstram disponibilidade para me atender.”</p>	15		4

			<p>“Trabalham todas bem. Mas só algumas é que são mais atenciosas para mim.”</p> <p>“Os cuidados são bem prestados, as funcionárias são simpáticas, carinhosas e muito prontas.”</p> <p>“Sou bem tratada pelas funcionárias, são preocupadas comigo, atendem me sempre que podem, a maioria delas são competentes.”</p>	<p>I10</p> <p>I12</p> <p>I8</p>		
		Suficientes	<p>“Prestam os cuidados de forma razoável. Às vezes tenho de esperar muito para me virem tratar.”</p> <p>“Algumas funcionárias prestam os cuidados mais ou menos, mas nem sempre se mostram prontas para me atender. “</p>	<p>I3</p> <p>I7</p>	4	2
		Deficitários	<p>“Para mim os cuidados não são bem prestados pois às vezes fazem os cuidados á pressa e sem qualidade. Dizem que tenho de esperar quando me vou deitar, pois ainda é muito cedo. “</p>	I1	2	1
	Nível de conhecimentos dos funcionários	Bons	<p>“Têm bons conhecimentos, pois muitas vezes são eles que nos socorrem.”</p>	I4	12	10

			“Noto que algumas têm muitos conhecimentos.” “Umas têm bons conhecimentos (...)” “Têm muito bons conhecimentos para responder às nossas perguntas.” “Possuem bons conhecimentos e competências.” “Têm muitos conhecimentos e algumas até fizeram estudos sobre os idosos. “ “Umas têm bons conhecimentos (...)” “Revelam ter muitos conhecimentos, que os usam sempre para nos ajudar no nosso dia-a-dia.”	I5 I10 I9 I12 I11 I7 I6		
		Suficiente	“Algumas têm conhecimentos, outras nem tanto. “ “Há umas melhores que as outras, por isso algumas devem ter alguns conhecimentos.”	I3 I1	2	2
	Postura e fardamento dos funcionários	Adequada	“Apresentam sempre uma postura cuidada.” “Têm uma boa postura. “ “Andam sempre cuidadas e bem fardadas.” “(...) ótima postura.”	I4 I3 I5 I9	14	12

			<p>“Apresentam postura adequada ao local de trabalho.”</p> <p>“A postura das auxiliares é correta.”</p>	<p>I12</p> <p>I2</p>		
--	--	--	---	----------------------	--	--

Anexo VII - Percepção relativa à satisfação com a alimentação

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa à satisfação com a alimentação	Boa, adequada e Equilibrada		“A comida é boa, variada e muito bem-feita. Gosto muito das refeições.”	I1	14	10
			“A alimentação é boa e adequada a cada pessoa. Já sabem que eu não posso comer feijão verde e quando fazem para mim tenho outra opção.”	I2		
			“A comida é boa e adequada para mim.”	I11		
			“A alimentação aqui no lar é muito boa, equilibrada e adequada a cada pessoa.”	I12		
			“A comida aqui não podia ser melhor.”	I9		
			“A comida é ótima e muito variada.”	I10		
			“A alimentação é saudável e muito boa.”	I5		
			“A alimentação é muito diversificada e muito boa.”	I4		
	Poderia melhorar	Nos lanches	“Ao lanche podia não ser sempre cereais e bolachas e incluir o pão.”	I8	2	2
			“O lanche é que podiam incluir o pão.”	I6		

Anexo VIII - Perceção relativa à segurança

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Perceção relativa à segurança	Situação de medo no Lar	Sim	“Tenho medo de estar sozinha no quarto, por isso quero sempre dormir com a porta aberta.”	I5	6	4
			“De noite oiço barulhos que me fazem ficar um pouco com medo e assustado.”	I3		
			“Nos fins-de-semana quando vêm os utentes de centro de dia tenho medo de alguns homens.”	I6		
			“Já senti medo, pois o meu colega de quarto desligava-me a luz do quarto e fechava a porta e eu senti muito medo.”	I2		
	Pertences assegurados	Não	“Não sinto medo de estar aqui, sinto-me muito bem.”	I4	8	8
			“Sinto-me como e estivesse em casa.”	I9 I11		
			“Não tenho medo nenhum de estar aqui, apenas sinto saudades da minha família.”	I8		
			“Gosto muito de estar cá e nunca tive medo.”			
		Sim	“Sei que tenho tudo guardado e que ninguém mexe em nada aqui no lar.”	I5 I4	9	9

			<p>“Ninguém mexe em nada aqui no lar, é toda a gente de confiança.”</p> <p>“As minhas coisas estão todas no meu quarto e ninguém mexe em nada.”</p> <p>“Tenho tudo arrumado no meu quarto e ninguém toca em nada sem a minha permissão.”</p> <p>“Tenho os meus pertences assegurados.”</p> <p>“Nunca me faltou nada.”</p>	<p>I9</p> <p>I11</p> <p>I6</p> <p>I8</p>		
		Não	<p>“Por vezes falta-me roupa e depois vejo-a vestida em outras pessoas.”</p> <p>“As minhas coisas têm desaparecido, quando vim para o lar roubaram-me peças de roupa e ouro. Agora há pouco tempo roubaram-me um fio que era do meu marido e uns brincos.”</p> <p>“A minha roupa por vezes não aparece e sei que é trocada e que vestem me roupa que não é minha.”</p>	<p>I3</p> <p>I10</p> <p>I1</p>	5	3

Anexo IX - Perceção relativa aos relacionamentos

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Perceção relativa aos relacionamentos	Relação do idoso com os outros idosos e funcionários	Muito Boa	“Tenho muita boa relação com todos.”	I8	4	3
			“Dou-me muito bem com todos, não me meto com ninguém, tento brincar e conversar com os meus colegas.”	I11		
			“Tenho amigos neste lar, dou-me muito bem com todos.”	I5		
		Boa	“Dou-me bem com os utentes e com os funcionários.”	I1	8	8
			“Com os funcionários dou-me bem, (...)”	I2		
			“Praticamente dou-me bem com todas as pessoas daqui do Lar.”	I6		
			“Dou-me bem com todos.”	I7		
			“A relação com os funcionários é boa.”	I12 I9		
			“Tenho uma boa relação com os utentes e funcionários.”	I4		
			“Tenho uma boa relação com as funcionárias do lar.”	I3		
			“Dou-me bem com os funcionários e com os meus colegas.”			
		Satisfatória	“(...) com os outros utentes há dias que falo mais que outros.”	I12	3	3

			<p>“Dou-me de forma razoável com todos, pois não sou de muitas falas.”</p> <p>“Converso mais com algumas utentes do que com outras. Costumo falar mais e dou me melhor com as utentes que estão na sala onde fazemos as atividades.”</p>	I10		
				I4		
		Deficitária	“(…) com os utentes falo pouco devido às limitações.”	I2	1	1
	Preocupação do lar com as visitas dos utentes	É facilitador e agradável com as visitas dos utentes	<p>“O meu filho só pode vir ao fim da tarde e eles deixam-no entrar.”</p> <p>“As minhas filhas por vezes vêm fora da hora das visitas e deixam-nas entrar. “</p>	I1	14	12
			<p>“O lar gosta de ver os utentes com visitas e assim deixa entrar as pessoas mesmo não sendo o horário. O meu irmão já entrou no lar à noite só para ver se estava tudo bem comigo.”</p>	I2		
			<p>“Eles proporcionam sempre que os meus familiares me visitem mesmo que venham a outras horas.”</p>	I6		
			<p>“A minha filha vem sempre o fim do dia, todos os dias e deixam-na sempre entrar para poder estar comigo.”</p>	I7		

			<p>“O lar é muito agradável com as visitas, muitas vezes para não estarmos no meu quarto ou na sala de convívio cedem-nos salas para estarmos mais confortáveis e para termos mais privacidade.”</p> <p>“Deixam sempre entrar os meus familiares mesmo que seja fora da hora das visitas.”</p> <p>“Aqui neste lar não se pode dizer que há hora de visitas, pois podem vir a qualquer hora que deixam entrar.”</p> <p>“Deixam entrar a minha família mesmo fora do horário das visitas, pois é muito valorizado neste lar a presença a família.”</p>	<p>I11</p> <p>I9</p> <p>I4</p> <p>I3</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Anexo X - Percepção relativa à privacidade

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa à privacidade	Respeito pela Privacidade	Sim	“Quando quero estar só com as minhas visitas deixam-me estar em se intrometerem, sendo respeitada a minha privacidade.”	I8	10	6
			“Na maioria das vezes respeitam minha privacidade.”	I6		
			“Considero que existe um grande respeito neste lar.”	I7		
			“Claro que há privacidade neste lar. Não nos tratam por este ou aquele nem pelo número de quarto, mas sim pelo nosso nome e de forma carinhosa. Deixam-nos à vontade no nosso quarto.”	I11		
			“É tudo respeitado no que diz respeito à privacidade.”	I9		
			“Têm me respeitado sempre até hoje.”	I10		
		Não	“É complicado haver privacidade para mim, pois estou dependente de pessoas que não são da minha família.”	I5	4	4
			“Não respeitam a minha privacidade, pois não me deixam estar só no quarto e entram pelo meu quarto sem perguntar (...)”	I1		

			<p>“Por vezes não respeitam a minha privacidade pois não me deixam estar só o WC e apressam-me (...).”</p> <p>“Neste local é difícil termos privacidade, pois há sempre pessoas a entrar e a sair.”</p>	l2		
				l3		
		Não tem opinião	<p>“Não me importo com estas questões pois devido à minha doença preciso de apoio de todas as pessoas. “</p> <p>“Não tenho nada que me preocupe com a privacidade.”</p>	l12	2	2
	O que poderia melhorar			l4		
		Não emitir opiniões sobre os utentes	<p>“Não gosto que falem e riem de mim quando me estão a cuidar.”</p> <p>“Não gosto que façam troça de mim nem que façam brincadeiras.”</p>	l5	2	2
				l3		
		Bater à porta	<p>“(...) entram pelo meu quarto sem perguntar e sem baterem à porta, o que para mim é falta de respeito.”</p> <p>“(...) também não batem à porta o que me incomoda.”</p> <p>“Por vezes as meninas da limpeza entram no WC sem bater à porta e eu gosto de estar sozinha sem ser interrompida no WC.”</p>	l1	3	3
				l2		
				l6		
		Fechar a porta	<p>“Quando me mudam a fralda ou me dão banho gosto que a porta</p>	l3	2	2

			<p>esteja fechada e isso não acontece.”</p> <p>“Quando me realizam os cuidados de higiene gosto de ter a porta fechada e isso não é respeitado.”</p>	I1		
--	--	--	--	----	--	--

Anexo XI - Perceção relativa à autonomia

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Perceção relativa à autonomia	AVD'S que faz autonomamente	- Alimentação	"Como sozinha." "Ainda como sem ajuda (...)" "(...) como sozinha." "A única coisa que faço sozinho é comer." "Alimento-me sem ajuda (...)" "Só como sozinha (...)" "(...) consigo comer." "Como sozinho (...)"	I5 I8 I7 I12 I9 I10 I4 I3	12	12
		- Vestir	"Visto-me sem ajuda (...)" "Consigo vestir e despir, (...)" "(...) visto-me sem ajuda."	I8 I4 I9	6	6
		- Movimentar	"Ando sem ajuda (...)" "Vou sem ajuda à casa de banho (...)" "Consigo andar pelo lar, ir ao wc." "(...) ando pelo lar." "Andar com o andarilho, ir ao wc (...)"	I8 I7 I4 I9 I1	7	7

		Todas as AVD'S	<p>"Faço a minha higiene, como, vou ao WC e arrumo as minhas coisas."</p> <p>"Ainda vou fazendo as coisas sozinho (...)"</p> <p>"Mantenho-me ainda autónoma, sem precisar de ajuda."</p>	<p>I6</p> <p>I2</p> <p>I11</p>	3	3
	AVD'S que faz com ajuda	É incentivado a participar	<p>"Ajudam-me a andar na fisioterapia e ajudo também a vestir a tomar banho, a lavar as partes do corpo que consigo."</p> <p>"Sou incentivada a participar no banho a lavar as partes que consigo, como a cara, os braços."</p> <p>"(...) mas no banho as auxiliares dão sempre uma vista de olhos, eu faço tudo sozinho, mas elas vêm se está a ser bem feito."</p> <p>"Sou vigiada no banho, para ver se faço bem as coisas."</p> <p>"No banho dão me uma manápula e sou incentivado a lavar a cara; ajudo nas transferências para o cadeirão e para a cama."</p> <p>"Preciso de ajuda no banho, mas participo a lavar e a secar as partes do corpo que consigo."</p> <p>"Ajudam-me no banho, mas eu lavo o peito, a cara, as orelhas, os</p>	<p>I5</p> <p>I8</p> <p>I2</p> <p>I6</p> <p>I12</p> <p>I9</p> <p>I4</p>	12	8

			<p>braços, também limpo estas partes. “</p> <p>“Sou ajudado no andar e participo no que o fisioterapeuta manda.”</p>	I3		
		Não é incentivado a participar	<p>“Preciso de ajuda a tomar banho e para me vestir e são as auxiliares que fazem tudo.”</p> <p>“Estou totalmente dependente das pessoas, preciso que me façam tudo: dar banho, vestir, mudar para a cadeira, mudar a fralda. São as auxiliares que me fazem tudo.”</p> <p>“Preciso de ajuda no banho e são sempre elas que me dão e eu não faço nada, pois, o banho é sempre muito rápido.”</p> <p>“Sou ajudado no banho e as auxiliares é que me fazem tudo.”</p>	<p>I7</p> <p>I10</p> <p>I1</p> <p>I3</p>	4	4
	Poder de Decisão	Sim (Em que AVD'S)	<p>“Sou eu que decido o que visto todos os dias e os passeios que dou no lar.”</p> <p>“Eu é que tiro do armário o que quero vestir. Também decido o que quero fazer no dia-a-dia, ou faço renda ou vou passear, converso (...)”</p> <p>“Eu é que escolho a minha roupa.”</p> <p>“Eu decido o que visto, o que fazer no meu dia-a-dia, mas</p>	<p>I8</p> <p>I6</p> <p>I7</p> <p>I11</p>	10	6

			também aceito a opinião dos outros.” “Decido o que quero vestir, pois as auxiliares têm sempre a preocupação de me perguntarem o que quero vestir.” “Eu preparo a minha roupa.”	I9 I4		
		Não	“As auxiliares é que me preparam a roupa, a comida.” “São as funcionárias que decidem o que visto e o que como.” “As auxiliares é que decidem o que eu visto e o que como.” “Não decido nada, consideram que já não tenho esse direito.” “Não decido nada neste lar.” “As auxiliares é que deixam a minha roupa preparada e a comida é igual para todos.”	I5 I2 I12 I10 I1 I3	10	6

Anexo XII - Percepção relativa à dignidade

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa à dignidade	Respeito pela dignidade	Sim	“Sou muito respeitada neste Lar.” “Há muito respeito pelos idosos neste lar. Estão sempre disponíveis e preocupados connosco.” “Sou respeitada por todos.” “Há respeito.” “Elas respeitam-nos muito e são de muita confiança.” “Respeitam muito a minha pessoa, pois já falei sobre situações pessoais e ninguém veio a saber.” “Sou respeitada na minha dignidade.” “Sou respeitada.”	I4 I9 I11 I12 I6 I2 I8 I5	10	8
		Não	“Por vezes não há respeito, pois fazem brincadeiras e riem nas nossas costas.” “Não sinto que é respeitada a minha dignidade (...) “Não têm respeito por mim, até já uma funcionária me chamou nomes.” “Não sinto respeito por parte dos funcionários.”	I3 I1 I10 I7	4	4

	O que poderia melhorar	Funcionários serem compreensíveis	<p>“Os funcionários podiam ser mais compreensíveis connosco.”</p> <p>“A funcionária chamou-me nome e disse que eu não queria fazer nada. Estão sempre com a pressa e não vêm que tenho problemas. “</p>	<p>I3</p> <p>I10</p>	4	2
		Funcionários serem confiáveis	<p>“(…) não tenho confiança nos funcionários, pois sinto que quando se juntam todas falam de mim.”</p> <p>“Não têm paciência para as nossas coisas e se contamos alguma coisa da nossa vida toda a gente vem a saber.”</p>	<p>I1</p> <p>I7</p>	3	2

Anexo XIII - Percepção relativa à individualidade

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa à Individualidade	Opinião dos idosos sobre o que os funcionários e os outros idosos pensam de si	Pessoa Humilde e que não se mete em conflitos	“Pensam que sou uma pessoa humilde e eu não me meto com ninguém.” “Que não me meto em confusões” “(...) não me meto em conflitos.” “Que não me meto com ninguém e que está sempre tudo bem para mim.” “Acho que me consideram uma pessoa simples.”	I3 I10 I11 I12 I2	5	5
		Não sabe	“Não sei o que pensam de mim.” “Não tenho ideia nenhuma.”	I1 I7		
		Pessoa boa e amiga	“Acho que me consideram uma boa pessoa e amiga de todos.” “Penso que me consideram uma pessoa agradável e amiga.” “Dizem que sou boa pessoa.”	I4 I6 I5		
		Pessoa Respeitadora	“Dizem que sou uma pessoa que respeita todos.” “Acham que respeito todos.”	I9 I8		
	Interesses e desejos dos idosos	Valorizados pelo Lar	“Sempre que podem tentam satisfazer os meus desejos.” “Sempre que preciso de algo falo com a Diretora do lar e ela resolve sempre.”	I3 I1	10	10

			<p>“Se eu pedir alguma coisa, sou logo atendida.”</p> <p>“Quando necessito de algo falo com a doutora do lar e ela tenta sempre ajudar me nos meus pedidos.”</p> <p>“Tentam sempre satisfazer os meus pedidos, só se for de todo impossível.”</p> <p>“Concretizam sempre os meus desejos.”</p> <p>“Quando faço alguma pergunta ou peço alguma coisa tentam sempre ajudar-me.”</p> <p>“Estão sempre a satisfazer os meus pedidos (...)”</p> <p>“Fazem-me sempre as vontades.”</p> <p>“Acedem aos meus pedidos sempre que possível.”</p>	<p>I4</p> <p>I10</p> <p>I9</p> <p>I11</p> <p>I12</p> <p>I6</p> <p>I2</p> <p>I8</p>		
		Não valorizados pelo Lar	“Quando peço alguma coisa dizem que não podem ou que não é com elas.”	I7	1	1
		Sem opinião	“Não sei.”	I5	1	1

Anexo XIV - Percepção relativa à qualidade de vida e bem-estar

Domínio	Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo (Exemplo)	NºOrdem	Freq. Ab. UR	Freq. Ab. UE
Percepção relativa à qualidade de vida e bem-estar	Satisfeito com a vida e a saúde	Sim	“Sim, que remédio tenho eu.” “Sim, pois tenho tido saúde.” “Sim.” “Sim, com a idade que tenho é normal os problemas que tenho.” “Estou satisfeita com o que Deus me deu.” “Sim, pois tem corrido tudo bem e tenho saúde.” “Estou satisfeita, a minha Nossa Senhora tem me ajudado muito.”	I5 I8 I2 I6 I11 I9 I4	7	7
		Não	“Não, pois estou num sitio onde não queria estar.” “Não, eu queria estar na minha casa e além disso não tenho saúde.” “Não, eu não queria estar no lar e também não consigo andar por causa da trombose.” “Não estou satisfeito.”	I7 I10 I1 I3		
		Sem Opinião	“Não tenho opinião.”	I12		
	Opinião sobre a qualidade de vida nesta Instituição	Muito Boa	“É muito boa porque todos nos cuidam muito bem e assim a nossa saúde tende a ser melhor.” “É muito boa, tenho um sitio onde olham por mim, gostam de mim e	I8 I6	5	5

			os problemas assim vão diminuindo e sentimos mais força para continuar. “ “É ótima, uma vez que temos cuidados excelentes e assim parece que nem tenho doenças.” “Muito boa, estou muito satisfeita como me cuidam e cada dia me sinto melhor.” “Excelente, estou num local com boas condições, onde sou acarinhada, estou descansada e parece que a minha saúde é melhor.”	I11 I9 I4		
		Boa	“É boa, pois como me tratam bem, o modo como vejo a minha vida é muito mais positiva.” “É boa, pois tenho tratamento adequado e assim parece que tenho mais saúde “ “É boa, pois não nos falta nada e tenho saúde” “Boa, pois zelam pelo meu bem-estar e conforto e fazem tudo para que me sinta bem cá.”	I5 I2 I12 I3	4	4
		Sem opinião	“Não sei.” “Não sei o que dizer.” “Nem é boa, nem é má.”	I7 I10 I1	3	3
	Preocupação do lar em	Sim	“Claro que sim, pois eles tratam bem todos os idosos que têm cá.”	I5	12	9

	proporcionar qualidade de vida e bem-estar aos idosos		<p>“Sim, tratam-nos bem, dão apoio, não nos dão más palavras, proporcionam momentos de convívio e boa comida.”</p> <p>“Sim, os funcionários tratam de nós e ajudam-nos em tudo o que não conseguimos.”</p> <p>“Preocupam-se muito connosco em dar nos cuidados muito bons como a alimentação, a higiene, a fisioterapia, a enfermagem.</p> <p>“Preocupam-se muito, todos nos ajudam nas tarefas que não conseguimos fazer, estão disponíveis, brincam connosco, são carinhosos (...)”</p> <p>“Claro que si, todos nos estimam, tratam, dão-nos os cuidados mais variados e são agradáveis e carinhosos connosco.”</p> <p>“Sim, este lar tem como função dar a todos as pessoas que cá estão serviços adequados para melhorar a saúde e aumentar o bem-estar.”</p>	<p>I8</p> <p>I2</p> <p>I12</p> <p>I11</p> <p>I9</p> <p>I3</p>		
		Não	<p>“Para mim não.”</p> <p>“Não, pois não se preocupam em melhorar o estado de saúde das pessoas, acabamos por morrer cá.”</p>	<p>I7</p> <p>I1</p>	2	2
		Sem opinião	“Não sei.”	I10	1	1